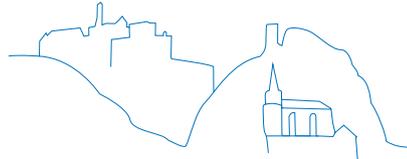


# BEGUTACHTUNGS-AUFTRAG HISTOLOGIE / ZYTOLOGIE



Institut für Pathologie  
BAD KREUZNACH · IDAR-OBERSTEIN · KAISERSLAUTERN

**Institut für Pathologie GbR**  
Priv. Doz. Dr. med. Michael Härle  
Dr. med. Axel Gauer, MIAC  
Dr. med. Martina Knöb, MIAC  
Dr. med. Per Knöb, MIAC  
Dr. med. Bernd Neugebauer  
Dr. med. Ute Stein (ang.)  
Fachärzte für Pathologie

Prof. Dr. med. Yoo-Jin Kim (ang.)  
Facharzt für Pathologie & Neuropathologie  
**Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft**

Dr.-Ottmar-Kohler-Straße 2  
**55743 Idar-Oberstein**  
Telefon 067 81.66 1691  
Telefax 067 81.66 1693  
www.pathologie-gbr.de  
info@patho-io.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Diagnose / Verdachtsdiagnose / Fragestellung **bitte ausfüllen**

Auftrag – Material (Art, Entnahme, Anzahl etc.) **bitte ausfüllen**

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes

**vom Pathologen auszufüllen**

Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
Schnellschnitte	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
Alcian	
Eisen	
EvG/vG	
Giemsa	
Kongo	
Spezial	
Entkalkung	
Restmaterial	
Immunhistochemie	

**BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN:**

AMBULANT <input type="checkbox"/>	REGELLEISTUNG <input type="checkbox"/>	SNELLSCHNITT <input type="checkbox"/>	Tel: _____
STATIONÄR <input type="checkbox"/>	ÄRZTLICHE WAHLEISTUNG <input type="checkbox"/>	EILEINBETTUNG <input type="checkbox"/>	
BELEGARZT <input type="checkbox"/>		FAXBEFUND <input type="checkbox"/>	Fax: _____

Befundkopie an: \_\_\_\_\_

Eingangs-Datum **vom Pathologen auszufüllen**

Leistungserfassung **vom Pathologen auszufüllen**