

BEGUTACHTUNGS-AUFTRAG HISTOLOGIE / ZYTOLOGIE



Institut für Pathologie GbR
 Priv. Doz. Dr. med. Michael Härle
 Dr. med. Axel Gauer, MIAC
 Prof. Dr. med. Yoo-Jin Kim*
 Dr. med. Martina Knöb, MIAC
 Dr. med. Per Knöb, MIAC
 Dr. med. Bernd Neugebauer
 Frau Adrienne Mayer
 Herr Jens Krämer
 Dr. med. Ute Stein (ang.)
 Fachärzte für Pathologie
 *Facharzt für Pathologie & Neuropathologie
Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Glockenstraße 54
67655 Kaiserslautern
 Telefon 06 31.89 29 60
 Telefax 06 31.89 29 621
 www.pathologie-gbr.de
 info@patho-kl.de

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

vom Pathologen auszufüllen

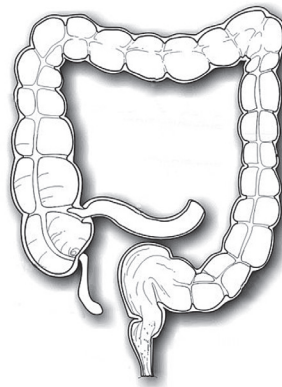
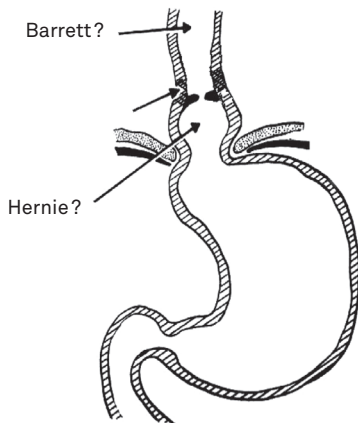
Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
Schnellschnitte	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
Alcian	
Eisen	
EvG/vG	
Giemsa	
Kongo	
Spezial	
Entkalkung	
Restmaterial	
Immunhistochemie	

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**

BITTE ENTNAHMELOKALISATION EINTRAGEN



- | | | |
|---|---|---|
| Z. N. HP-ERADIKATION <input type="checkbox"/> | COLITIS ULCEROSA <input type="checkbox"/> | POLYPABTRAGUNG / MUKOSEKTOMIE |
| PPI-THERAPIE <input type="checkbox"/> | MORBUS CROHN <input type="checkbox"/> | TEILENTFERNUNG <input type="checkbox"/> |
| NSAR <input type="checkbox"/> | ISCHÄMIE <input type="checkbox"/> | VOLLSTÄNDIGE AB. <input type="checkbox"/> |
| SPRUE <input type="checkbox"/> | RADIO/CHEMO <input type="checkbox"/> | PROBEBIOPSIE <input type="checkbox"/> |

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN:

- | | | | |
|------------------------------------|--|---|------------|
| AMBULANT <input type="checkbox"/> | REGELLEISTUNG <input type="checkbox"/> | SCHNELLSCHNITT <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**