

# 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  
 Facharzt für Pathologie & Neuropathologie  
 Dr. med. Martina Knöß, MIAC  
 Dr. med. Per Knöß, MIAC  
 Dr. med. Bernd Neugebauer  
 Frau Adrienne Mayer  
 Herr Jens Krämer  
 Dr. med. Ute Stein (ang.)  
 Fachärzte für Pathologie  
**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

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

Datum

<b>vom Pathologen auszufüllen</b>	
Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
Schnellschnitte	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
Alcian	
Eisen	
EvG/SR	
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