

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Begutachtungsauftrag für histologische und zytologische Untersuchungen

PATHOLOGIE
NORDHESSEN

Gemeinschaftspraxis
PD Dr. med. E. Heinmöller
PD Dr. med. B. Gunawan
G. Hottenrott
PD Dr. med. P. Middel
34065 Kassel · Postfach 41 03 17
34119 Kassel · Germaniastraße 7
Telefon 0561 / 50042-0 · Fax 50042-200
Befundauskunft: 50042-124

<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> Vorsorge
<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> § 115
<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> IGEL

Diagnose / Begleiterkrankung / Laborwerte

ENTNAHMEDATUM/UHRZEIT:

<input type="checkbox"/> Eilbefund
<input type="checkbox"/> Schnellschnitt

Tel.:

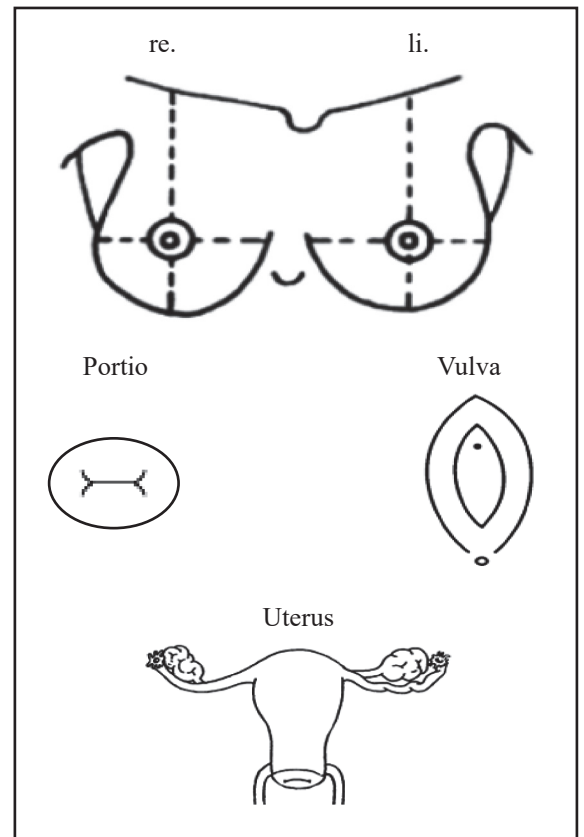
Von Pathologie auszufüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HE	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonderfärbung	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entkalkung	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rest	<input type="checkbox"/>						
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Immuno/Mol-Path</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Datum/Kürzel/Vertreter</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							Immuno/Mol-Path		Datum/Kürzel/Vertreter			
Immuno/Mol-Path												
Datum/Kürzel/Vertreter												
Makrotext (wird von der Pathologie ausgefüllt)												

Barcode (von Pathologie)

Vertragsarztstempel

Eingangsdatum:

Material (Art, Entnahmeort, etc.) / Fragestellung



Infektiöses Material
z. B. HIV, Hepatitis, TBC, MRSA

ja nein

Befundkopie (bitte vollständige und gedruckte Adressangabe)

Annahme	<input type="text"/>
Zuschnitt	<input type="text"/>
Auflegen	<input type="text"/>
Befunder	<input type="text"/>
Immuno	<input type="text"/>

Von Pathologie auszufüllen

neue	<input type="checkbox"/> Einsendescheine
	<input type="checkbox"/> Versandgefäße
	<input type="checkbox"/> Versandtüten