

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.:

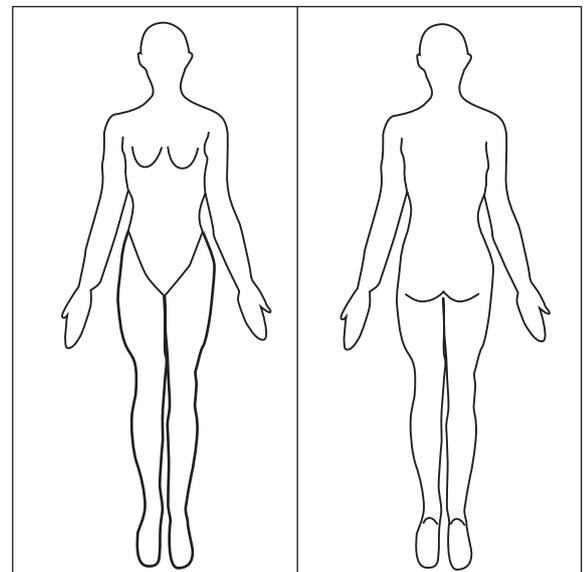
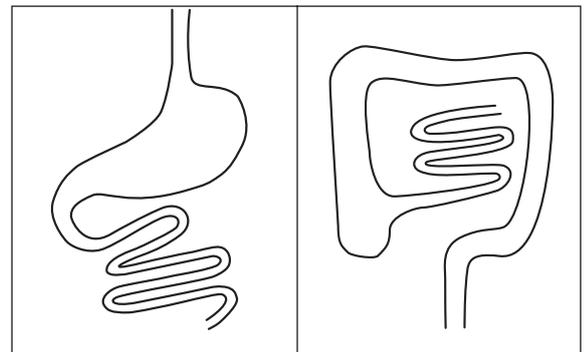
Von Pathologie auszufüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HE	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonderfärbung	<input type="checkbox"/>						
	<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