Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten		Begutachtungsauftrag für histologische und zytologische Untersuchungen		
		Gemeinschaftspraxis PD Dr. med. E. Heinme PD Dr. med. B. Gunaw G. Hottenrott PD Dr. med. P. Middel		PATHOLOGIE NORDHESSEN
	atus	34065 Kassel · Postfac 34119 Kassel · Germar Telefon 0561 / 50042-0 Befundauskunft: 50042	iiastraße 7) · Fax 50042-200	□ ambulant □ Vorsorge □ stationär □ § 115 □ privat □ IGEL
Diagnose / Begleiterkrankung / Labo	orwerte	ENTNAHMEDA	ΓUM/UHRZEIT:	☐ Eilbefund ☐ Schnellschnitt Tel.:
	HE Sonderfärbung Entkalkung Sonstiges Rest		uno/Mol-Path /Kürzel/Vertreter	Barcode (von Pathologie)
Makrotext (wird von der Pathologie ausgefü				Vertragsarztstempel
9				Eingangsdatum:
Material (Art, Entnahmeort, etc.) / Fragest	tellung		rechts	Basis
Infektiöses Material z. B. HIV, Hepatitis, TBC, MRSA	Annahme	auszufüllen		
□ ja □ nein	Zuschnitt Auflegen	jie ausz		
Befundkopie (bitte vollständige und gedruckte Adressangabe)	Befunder	Pathologie		II
	Immuno	Von Pat	□ Vers	sendescheine sandgefäße sandtüten