

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

# Begutachtungsauftrag für histologische und zytologische Untersuchungen

Gemeinschaftspraxis  
 PD Dr. med. E. Heinmöller  
 Dr. med. M. Hofmann  
 G. Hottenrott  
 PD Dr. med. P. Middel  
 Prof. Dr. med. J. Rüschoff  
 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"/> IGEI

**Diagnose / Begleiterkrankung / Laborwerte**

ENTNAHMEDATUM:

Eilbefund  
 Schnellschnitt  
 Tel.:

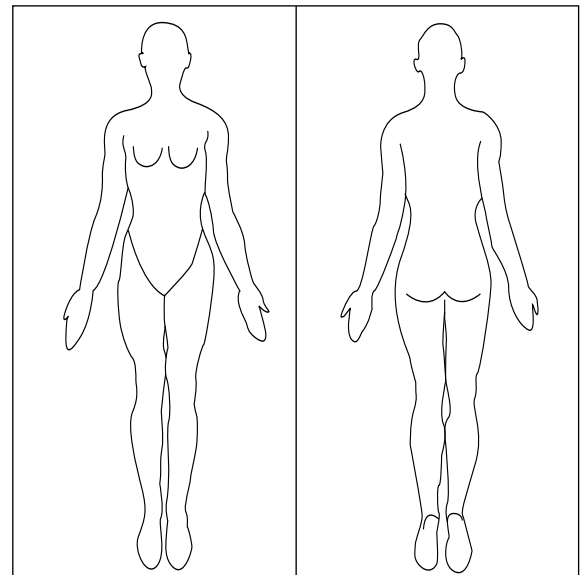
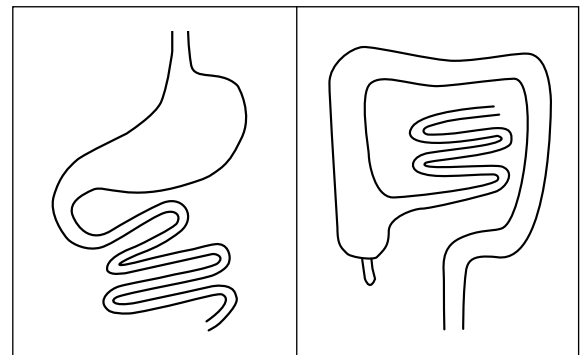
Von Pathologie auszufüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HE	<input type="checkbox"/>	Immuno/Mol-Path Datum/Kürzel/Vertreter
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonderfärbung	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rest	<input type="checkbox"/>	
	Makrotext						

Barcode (von Pathologie)

Vertragsarztstempel

Eingangdatum:

**Material (Art, Entnahmeort, etc.) / Fragestellung**



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

ja  nein

**Befundkopie** (nur bei vollständiger Adressangabe möglich)

Annahme	<input type="text"/>	Von Pathologie auszufüllen
Erfassen	<input type="text"/>	
Zuschnitt	<input type="text"/>	
Auflegen	<input type="text"/>	
Befunder	<input type="text"/>	
Immuno	<input type="text"/>	

neue  Einsendescheine  
 Versandgefäße  
 Versandtüten