

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:

<input type="checkbox"/> Eilbefund
<input type="checkbox"/> Schnellschnitt
Tel.:

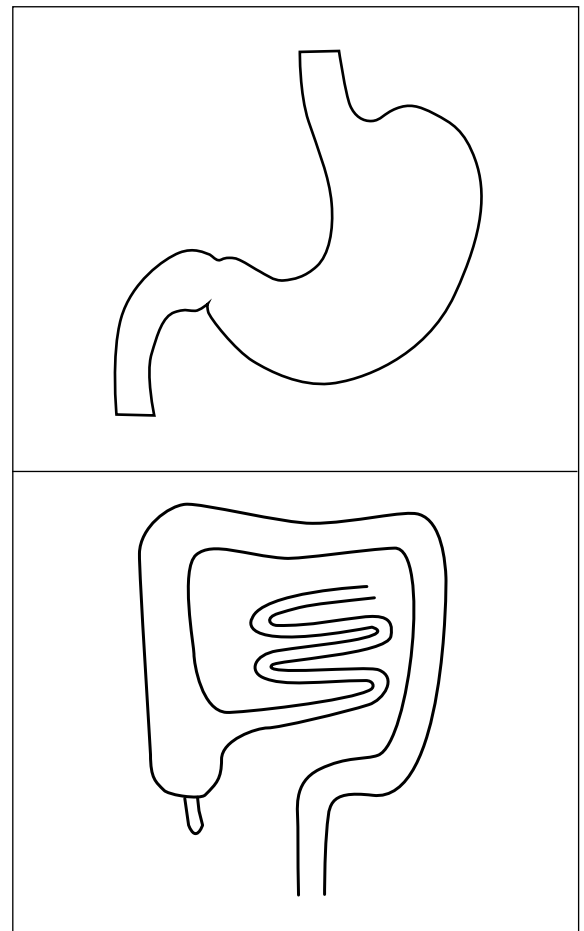
Von Pathologie auszufüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HE	<input type="checkbox"/>	Immuno/Mol-Path Datum/Kürzel/Vertreter
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonderfärbung	<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	<input type="checkbox"/> Einsendescheine
	<input type="checkbox"/> Versandgefäße
	<input type="checkbox"/> Versandtüten