

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Antrag auf histo-/zytologische Begutachtung

Länderübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft  
Kassel | Eisenach | Papenburg | Winsen (Luhe)

Dr. med. S. Gelbert  
PD Dr. med. B. Gunawan  
PD Dr. med. E. Heinmöller  
PD Dr. med. P. Middel  
Prof. Dr. med. H.-U. Schildhaus  
Dr. med. S. Ting

Standort Kassel  
Institut für  
Pathologie Nordhessen



34065 Kassel · Postfach 41 03 17  
34119 Kassel · Germaniastraße 7  
Telefon 0561 / 50042-0 · Fax 50042-200  
Befundauskunft: 0561 / 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     |
| <input type="checkbox"/> Hybrid    |                                   |

## Diagnose / Begleiterkrankung / Laborwerte

ENTNAHMEDATUM/UHRZEIT:

- Eilbefund  
 Schnellschnitt

Tel.:

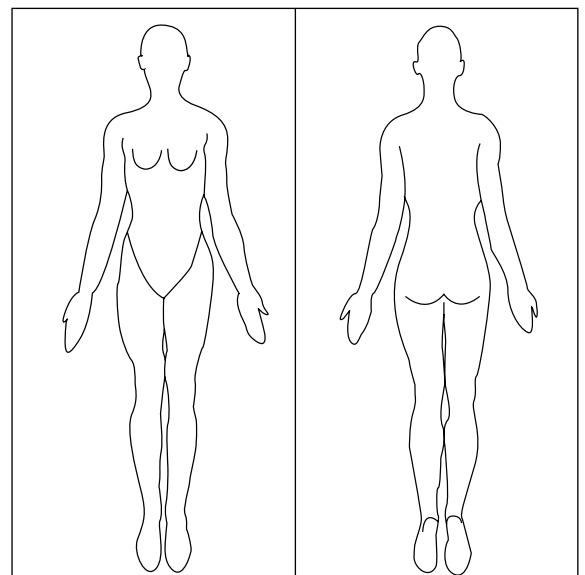
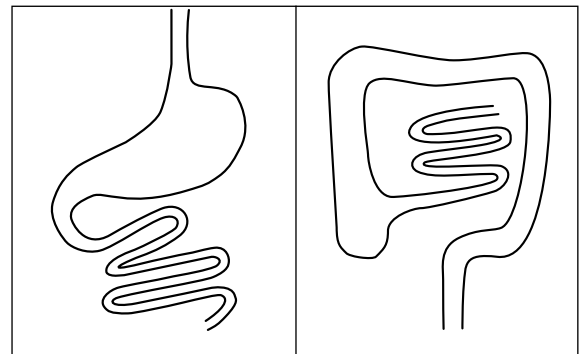
Barcode (von Pathologie)

Vertragsarztstempel

Eingangsdatum:

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"/>
IHC/MolPath Datum/Kürzel/Vertreter						
Makrotext (wird von der Pathologie ausgefüllt)						

## Material (Art, Entnahme, 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