

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

### Begutachtungsauftrag

Institut für Pathologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik  
 Länderübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft  
 Kassel | Eisenach | Papenburg  
 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

Institut für  
 Pathologie Nordhessen  
 Standort Papenburg



26857 Papenburg · Postfach 17 51  
 26857 Papenburg · Hauptkanal links 79-81  
 Telefon 04961 / 9113-0 · Fax 9113-33

|                                    |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <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/UHRZEIT:

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Eilbefund      |
| <input type="checkbox"/> Schnellschnitt |

Tel.:

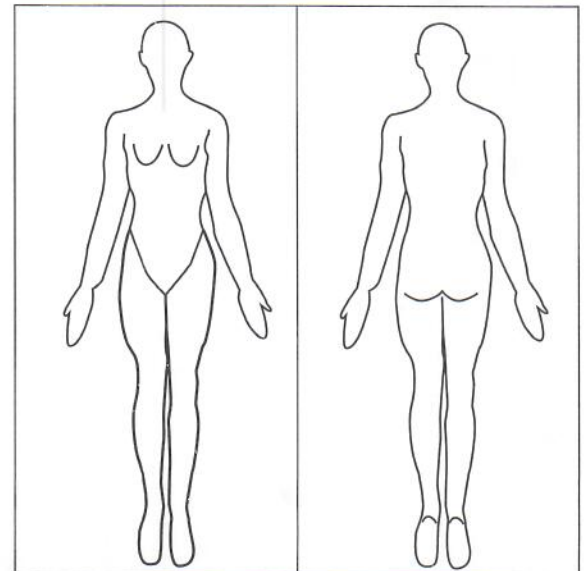
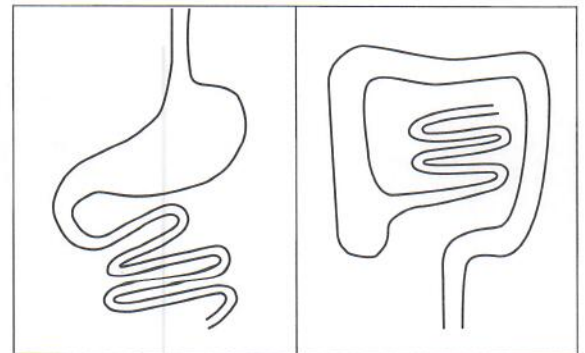
|                            |  |                          |                          |                          |               |                          |   |
|----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|---|
| Von Pathologie auszufüllen | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HE            | <input type="checkbox"/> | Immuno/Mol-Path<br>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 (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