

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

Begutachtungsauftrag für histologische und zytologische Untersuchungen

Länderübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft

Institute für Pathologie

Eisenach/Westthüringen-Nordhessen

Standort: Eisenach



PD Dr. med. Peter Middel

99817 Eisenach, Mühlhäuser Str. 94 / Haus M
 Telefon: 03691/88276-0 · Fax: 03691/88276-20
 E-Mail: info@eisenach-pathologie.de

<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.:

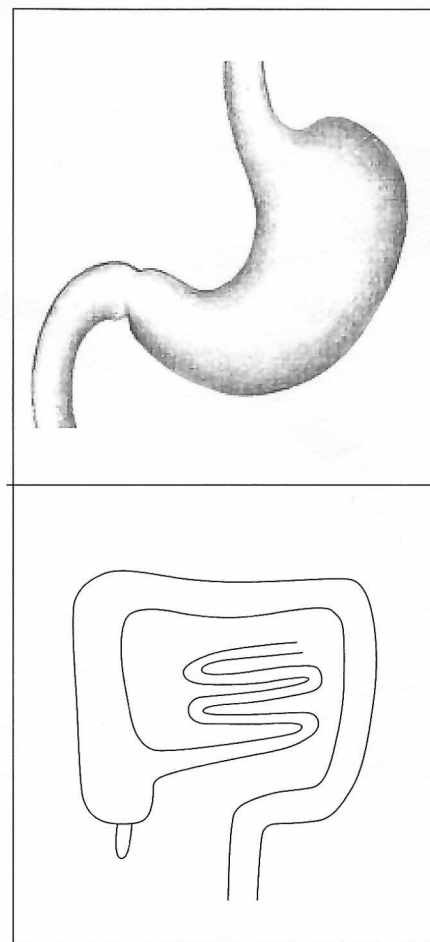
Von Pathologie auszufüllen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HE	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonderfärbung	<input type="checkbox"/>					
	<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"/>					
	<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Immuno/Mol-Path</th> </tr> <tr> <th>Datum/Kürzel/Vertreter</th> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>						Immuno/Mol-Path		Datum/Kürzel/Vertreter		
Immuno/Mol-Path											
Datum/Kürzel/Vertreter											

Barcode (von Pathologie)
Vertragsarztstempel
Eingangsdatum:

Klinische Angaben

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

Leber:	pos.	neg.
AMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ferritin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LKM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SLM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
α-1-AT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coeruloplasmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lues-Serologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HPV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CMV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hep.A/B/C/E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p/c-ANCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endoskopie		
Eradikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallereflux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NSAR-Einnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikament, sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol-, Nikotinabusus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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