

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"/> Igel

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"/>

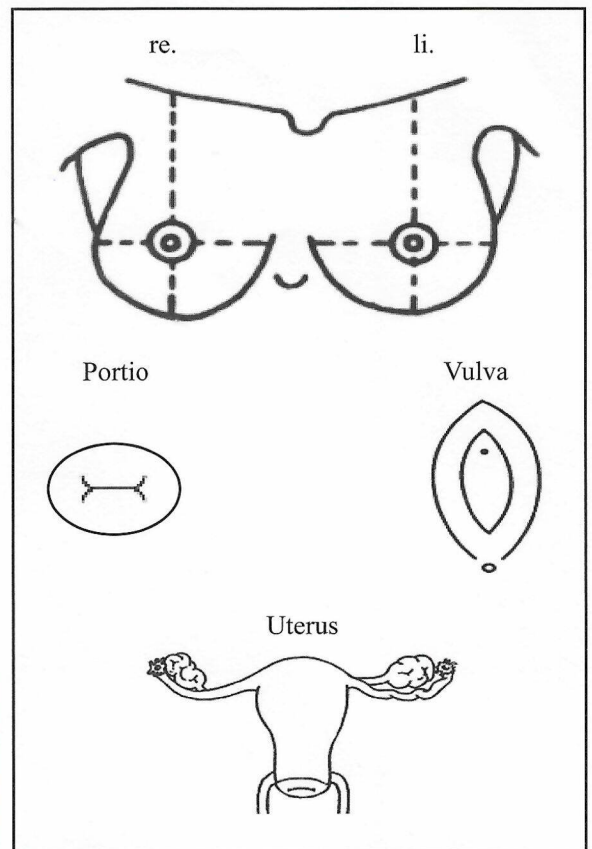
Immuno/Mol-Path	
Datum/Kürzel/Vertreter	

Barcode (von Pathologie)

Vertragsarztstempel

Eingangsdatum:

Material (Art, Entnahmeort, etc.) / Fragestellung



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

ja nein

Annahme

Erfassen

Zuschnitt

Auflegen

Befunder

Immuno

Von Pathologie auszufüllen

Befundkopie (nur bei vollständiger Adressangabe möglich)

neue Einsendescheine

Versandgefäße

Versandtüten