

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"/> IIGEL

Diagnose / Begleiterkrankung / Laborwerte

ENTNAHMEDATUM:

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

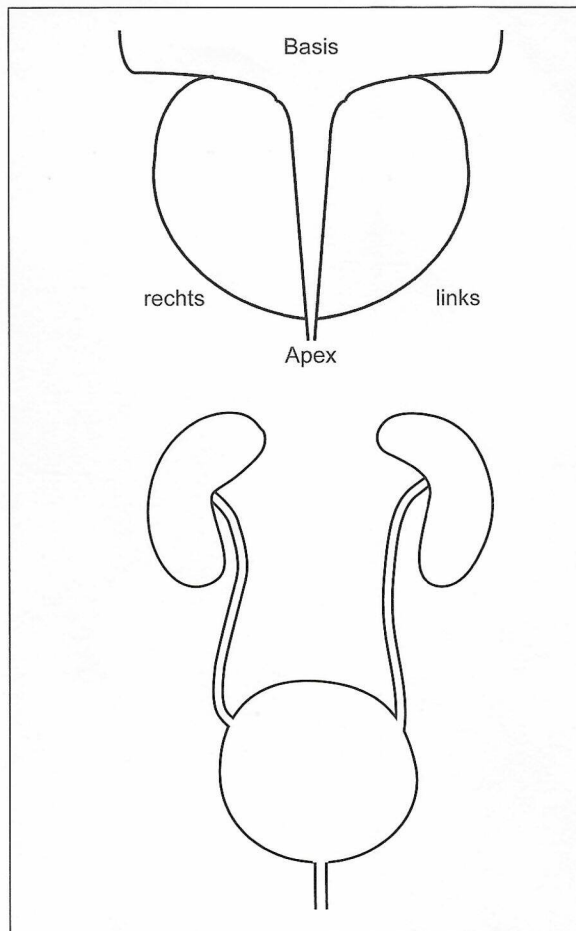
<b>Von Pathologie auszufüllen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HE	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonderfärbung	<input type="checkbox"/>						
	<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> <th></th> </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:

## 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"/>
Erfassen	<input type="text"/>
Zuschnitt	<input type="text"/>
Auflegen	<input type="text"/>
Befunder	<input type="text"/>
Immuno	<input type="text"/>

**Von Pathologie auszufüllen**

neue	<input type="checkbox"/> Einsendescheine
	<input type="checkbox"/> Versandgefäße
	<input type="checkbox"/> Versandtüten