

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kassen-Nr.	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



Guido Hottenrott  
 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:

Eilbefund  
 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**

Hautkrebs-Screening  ja  nein

Exzisionsbiopsie

Probebiopsie

Stanzbiopsie

Shave-Biopsie

Curettage

Elektrokaustik

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

ja  nein

**Von Pathologie auszufüllen**

Annahme

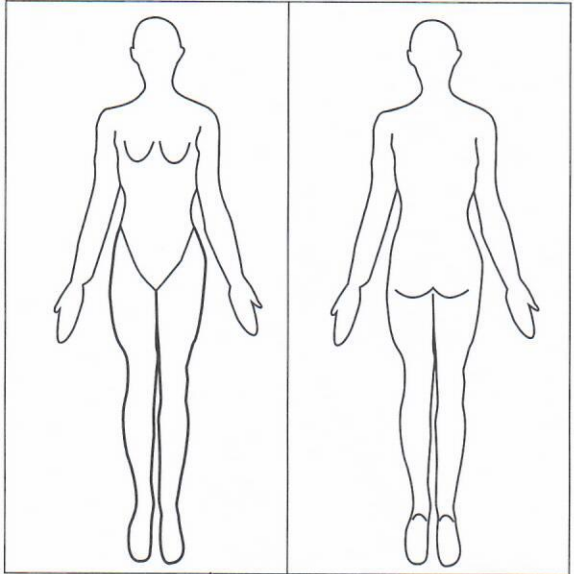
Erfassen

Zuschnitt

Auflegen

Befunder

Immuno



**Befundkopie** (nur bei vollständiger Adressangabe möglich)

neue  Einsendescheine  
 Versandgefäße  
 Versandtüten