

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:

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

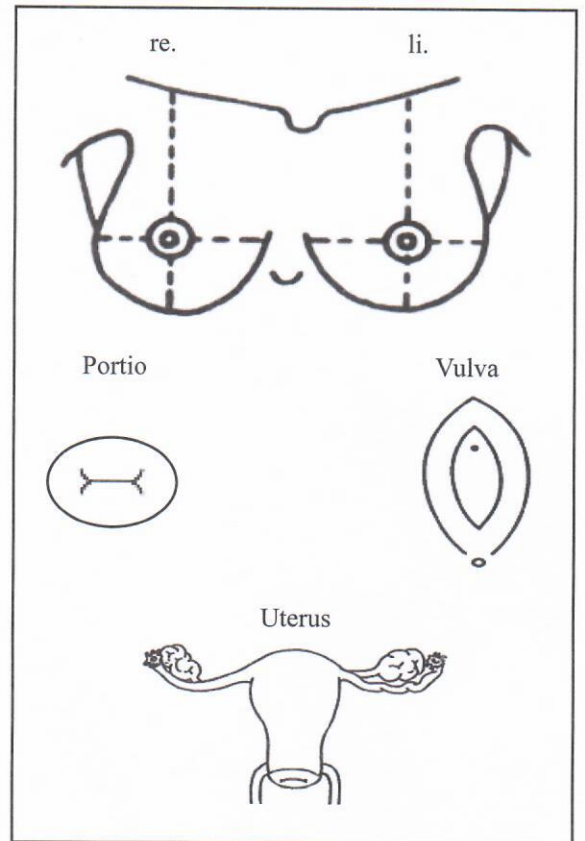
<b>Von Pathologie auszufüllen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HE	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonderfärbung	<input type="checkbox"/>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

Annahme	<input type="text"/>	<b>Von Pathologie auszufüllen</b>
Erfassen	<input type="text"/>	
Zuschnitt	<input type="text"/>	
Auflegen	<input type="text"/>	
Befunder	<input type="text"/>	
Immuno	<input type="text"/>	

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

neue

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