

Untersuchungsauftrag Haut

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

Eingangsdatum.....

Anzahl der Probengefäße (bitte angeben!)

Vorbefunde (H-Nr.).....

Art des Untersuchungsmaterials und Lokalisation (bitte auch einzeichnen)

.....

.....

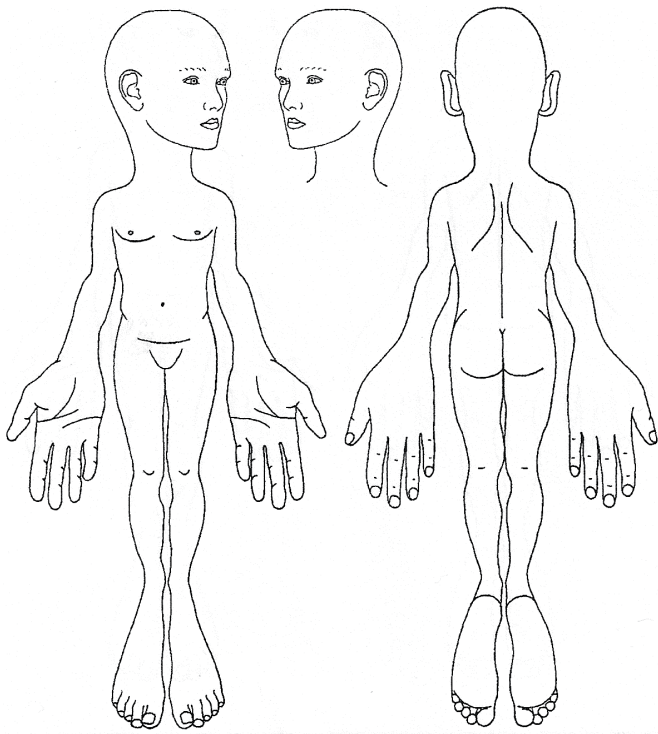
.....

Barcode-Etikett (nur für Pathologie, Feld bitte freilassen)

Bitte unbedingt ankreuzen!

Ambulant	<input type="checkbox"/>	Kasse	<input type="checkbox"/>
Ambulante OP	<input type="checkbox"/>	Privat	<input type="checkbox"/>
Stationär	<input type="checkbox"/>	Präventiv / HKS	<input type="checkbox"/>

Materialannahme	<input type="text"/>
Zuschneide-Ass.	<input type="text"/>
Ausgabe	<input type="text"/>
	<input type="text"/>



Stempel (Einsender)

Datum / Unterschrift (Einsender)

Weitere Angaben siehe Rückseite

Daten für Abrechnung (bitte nicht ausfüllen!)

Zuschnitt:

aufwend. Zuschnitt

Tusche

Sägen

Makrofoto

Zellblock / Gerinnsel

Schnellschnitt

Sonstige:

Tel. Befunderörterung

Tumorkonferenz

Mikroskopie:

Materialien

Stufen

Histochemie

Entkalkung

Polarisation

Morphometrie / Mitosen

Vorsorge

Zytologie

Lymphknoten

Sent. LK

Immunhistologie:

Molekularpathologie:

Stichwortartige Begründung für erhöhten Faktor: