

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Begutachtungsauftrag für Histologie / Zytologie – Allgemein

ambulant privat stationär

Schnellschnitt CITO-Befund Befund per Fax

Tel.: _____ Fax: _____

Probenbarcode

Journal-Nr.: _____

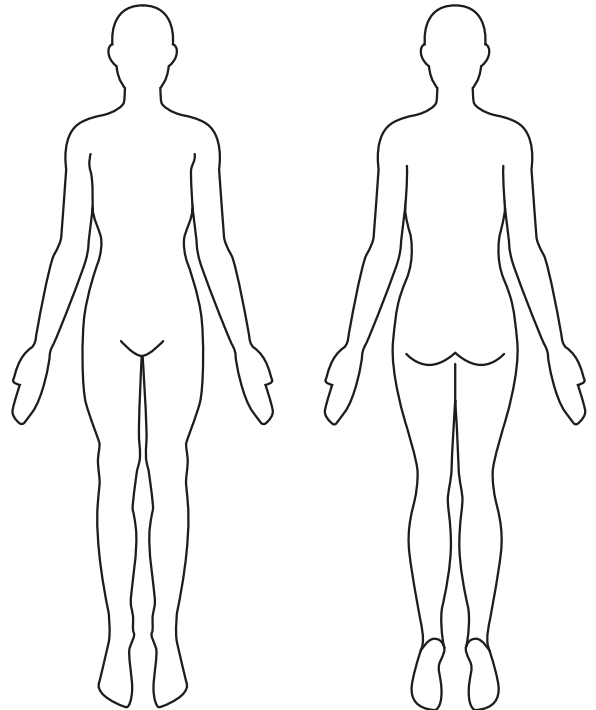
Eingangsdatum

Nur von Pathologie auszufüllen!	Zuschnitt / Färbung:	Immunfärbung + Sonderuntersuchung:	Annahme
		Sonstiges:	Zuschnitt
	Makroskopie:		Sonstiges

Material (Art, Entnahmeort etc.) / Fragestellung / Bemerkung:

Ergänzung zur Lokalisation

- I. _____
- II. _____
- III. _____
- IV. _____
- V. _____
- VI. _____
- VII. _____



Klinische Diagnose / Vorerkrankungen / Zusatzinformationen:

Vorherige Untersuchung: auswärts bei uns, ggf. J-Nr. _____

Befundkopie an: _____

Arztstempel/Unterschrift

Datum/Zeit der Entnahme:

Anfordernder Arzt:

Telefon: _____