

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

Begutachtungsauftrag für Histologie / Zytologie – Allgemein

Probenbarcode

ambulant  privat  stationär

Schnellschnitt  CITO-Befund  Befund per Fax

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Journal-Nr.:

Eingangsdatum

Nur von Pathologie auszufüllen!

Zuschnitt / Färbung:

Immunfärbung + Sonderuntersuchung:

Annahme

Sonstiges:

Zuschnitt

Makroskopie:

Sonstiges

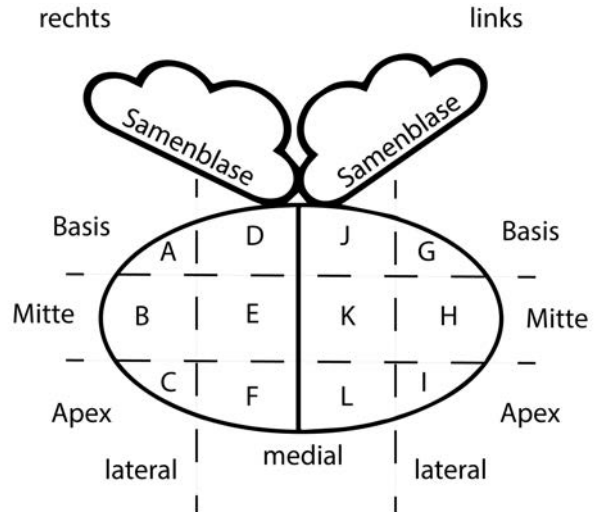
**Material (Art, Entnahmeort etc.) / Fragestellung / Bemerkung:**

Ergänzung zur Lokalisation

I. _____	VII. _____
II. _____	VIII. _____
III. _____	X. _____
IV. _____	X. _____
V. _____	XI. _____
VI. _____	XII. _____

**Klinische Diagnose / Vorerkrankungen / Zusatzinformationen:**

PSA:    ng/ml    freies PSA:    ng/ml    Prostatavolumen:    ccm



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

Befundkopie an: \_\_\_\_\_

Arztstempel/Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum/Zeit der Entnahme:

\_\_\_\_\_  
Anfordernder Arzt:

\_\_\_\_\_  
Telefon: