

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

ZEMODIAG

DIAGNOSTISCHE PATHOLOGIE

Leipzig Tel.: 034297 141516 | Fax: 034297 141529
 Muldentalstrasse 66 - 04288 Leipzig
 E-Mail: befund@zemodiag.de

Begutachtungsauftrag für Histologie / Zytologie – IGEI/ privat

ambulant privat stationär

Schnellschnitt CITO-Befund Befund per Fax

Tel.: _____ Fax: _____

Probenbarcode

Journal-Nr.: _____

Arztstempel / Unterschrift
 Datum / Zeit der Entnahme: _____

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

Material (Art, Entnahmeort etc.) / Fragestellung / Bemerkung: _____ Ergänzung zur Lokalisation

I. _____

II. _____

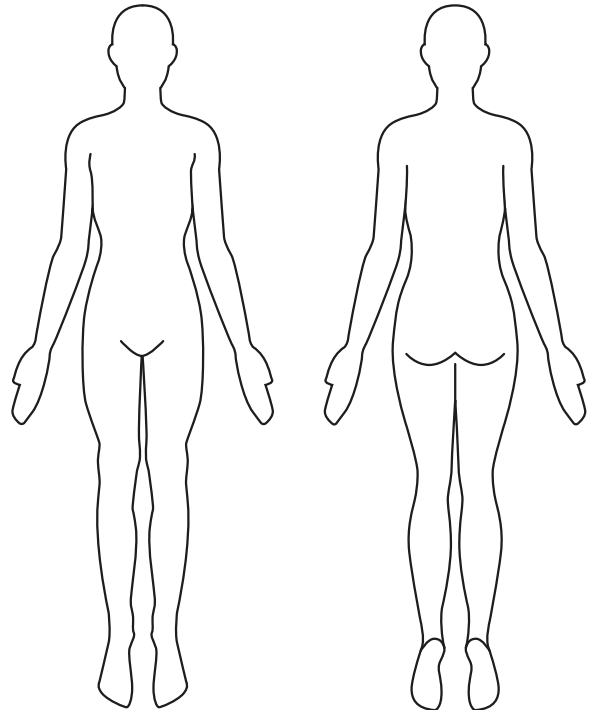
III. _____

IV. _____

V. _____

VI. _____

VII. _____



Klinische Diagnose / Vorerkrankungen / Zusatzinformationen: _____

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

Befundkopie an: _____

Preise pro Material/ Färbung/ Antikörper:

Histologie			
Allgemeine Histologie	12,65 €	Immunhistochemie	40,80 €
Sonderverfahren (z.B. Serienschnitte, Entkalkung)	16,85 €	HPV-Testung	70 €
Sonderfärbung, Polarisation, Morphometrie	20,40 €		

* Auslagen, wie Versandpauschale und Porto, berechnen wie wir gemäß § 10 Abs. 1 GOÄ / Gültig ab 01.07.2022., b.a.W., aktuelle Preise auf Nachfrage

Ich wurde durch den behandelnden Arzt über die medizinische Notwendigkeit der Durchführung o.g. Untersuchung informiert. Die erbrachte Leistung wird mir nach der aktuell gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt. Mit meiner Unterschrift erkläre hierzu mein Einverständnis.

Datum _____ Unterschrift Patient _____