

Untersuchungsauftrag für Histologie



Dr. med. B. Bier
Priv. Doz. Dr. med. E. Eltze
Prof. Dr. med. W. Püschel*
Dr. med. O. Scherr

Institut für Pathologie
Saarbrücken-Rastpfuhl
 Klinische, molekulare und Zyto-Pathologie
 Gemeinschaftspraxis für Pathologie
 * "Angestellter Arzt i. S. v. § 32 (2) Ärzte-ZV"
 Rheinstraße 2, 66113 Saarbrücken
 Telefon 06 81 / 99 27 110
 Telefax 06 81 / 99 27 109
 eMail: sekretariat@pathologie-bierscherr.de
 www.pathologie-bierscherr.de

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



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

Eingangsdatum

Anzahl der Probengefäße **(bitte angeben!)**

Vorbefund (H-Nr.)

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	<input type="checkbox"/>

Art des Untersuchungsmaterials und Lokalisation (bitte auf Rückseite markieren)

.....

Klinische Diagnose / Fragestellung (bei klinischem Tumorverdacht bitte: cTcN..... cM..... angeben)

.....

Anamnese

Wichtige klinische Befunde

Laborbefunde (oder Ausdruck beilegen)

Radiologischer Befund

Röntgen / CT / MRT / Szintigramm:

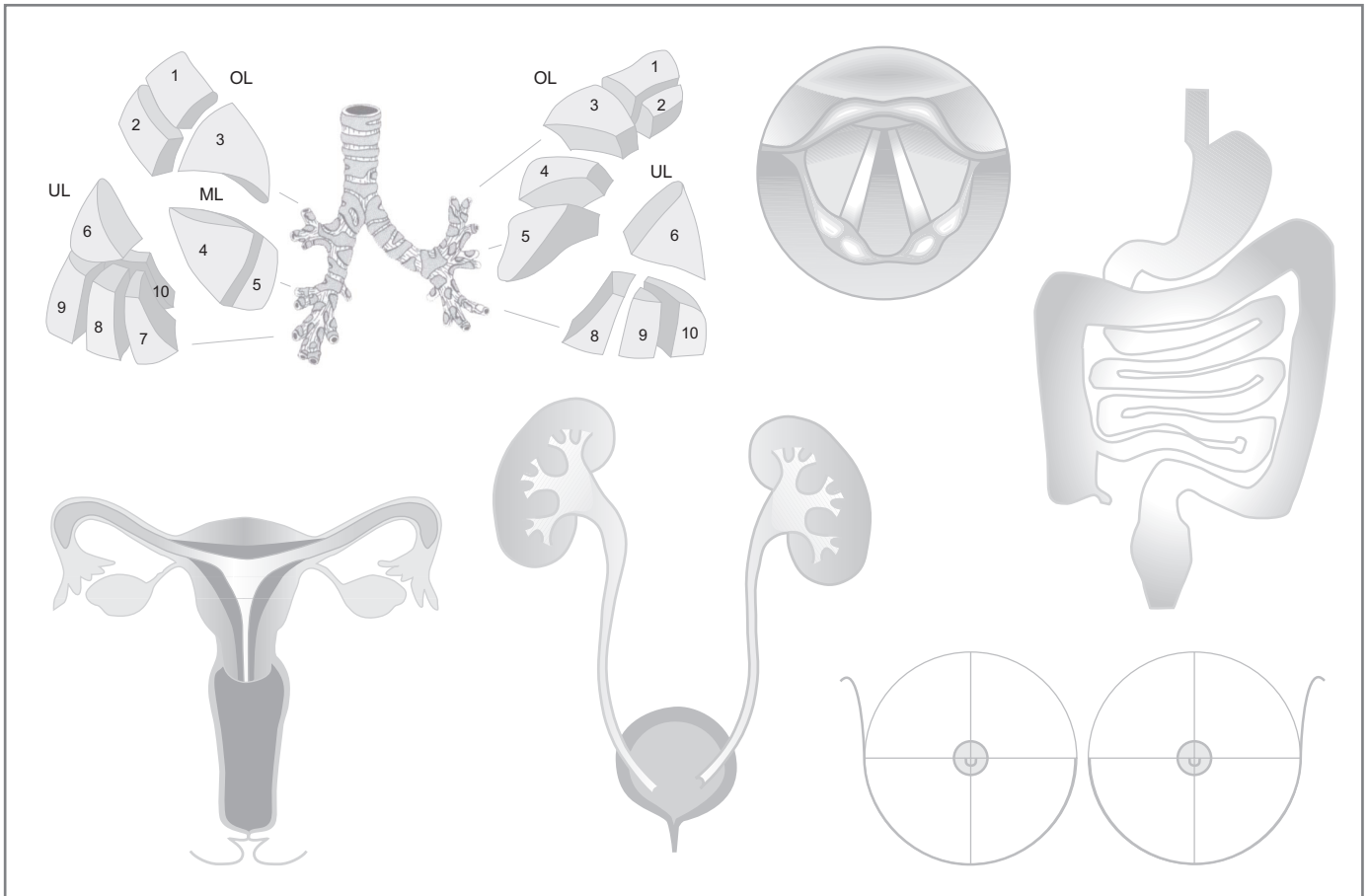
Bisherige Therapie

(Zytostatika, Radiatio, Sonstige)

Stempel (Einsender)

Datum / Unterschrift (Einsender)

Lokalisation (bitte ankreuzen)



Daten für Abrechnung (bitte **nicht** ausfüllen!)

Immunhistologie angefordert ja nein

Stufen ja nein

Molekularpathologie angefordert ja nein

Sentinel ja nein

Zusatzfärbungen angefordert ja nein

Giemsa		Fe		Kongorot		Gram	
PAS		Ag		Trichrom-Goldner			
Alcian-PAS		EvG		Ziehl-Neelsen		Sonstige	