

# Antrag auf Histologische Begutachtung

Interne Vermerke:  QM Zuweisung Mikro-Arzt

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  m  w  d

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Entnahmedatum / -zeit: \_\_\_\_\_

Eingesandtes Material: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_

OP-Indikation /  
Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_

relevante klin. Angaben /  
Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Infektiöse Erkrankungen /  
Verdacht auf?  Hep C  HIV  TBC  Hep B  
 andere: \_\_\_\_\_

**Art der gewünschten Untersuchung (bitte ankreuzen):**

- Schnellschnitt (nur bei nativ übersandtem Material möglich)
- Histologische Untersuchung  
nativ oder 10-20fache Menge 4 % Formalin
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Für hämatologische/zytologische/neuropathologische Untersuchung sowie Konsil und Sektion bitte speziellen Antragsbogen ausfüllen!

Einsender (Stempel / Kostenstelle)

**Befund nachrichtlich an:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

<input type="checkbox"/> <b>Privatpatient</b>	Rechnung
Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	
<input type="checkbox"/> <b>Krankenkasse</b> (Überweisungsschein beilegen!)	
<input type="checkbox"/> <b>Klinik</b> <input type="checkbox"/> AOP	

Interne Vermerke

GEFÄSS	POSITIONEN	KAPSELN	KR ✓
G E	S A	M T	/

Felder für interne Vermerke

Kürzel Probeneingang		Schnellschnitt	Kürzel	Uhrzeit	OTs	MS-Kürzel
Abweichende Angaben / Klärungsbedarf?		Eingang Labor		:		
		Tel. Diagnose		:		