

Antrag auf Histologische Begutachtung

Name, Vorname: _____ m w

Anschrift: _____
_____ geb. _____

Entnahmedatum / -zeit: _____

Eingesandtes Material: _____

Lokalisation: _____

OP-Indikation/
Verdachtsdiagnose: _____

relevante klin. Angaben/
Vorerkrankungen: _____

Infektiöse Erkrankungen/
Verdacht auf? nein HIV TBC Hep B
 Hep C andere: _____

Art der gewünschten Untersuchung (bitte ankreuzen):

- Schnellschnitt (nur bei nativ übersandtem Material möglich)
 Histologische Untersuchung Elektronenmikroskopie
nativ oder 10-20fache Menge 4 % Formalin 2,5 % Glutaraldehyd
 Sonstiges: _____

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

Unterschrift des Arztes

Name in Druckbuchstaben

Telefonnummer

Einsender (Stempel / Kostenstelle)

Befund nachrichtlich an:

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

ambulant **stationär**

Interne Vermerke			
GEFÄSS	POSITIONEN	KAPSELN	KR ✓
G	E	S	A
M	T		

Felder für interne Vermerke

Kürzel Probeneingang Abweichende Angaben / Klärungsbedarf?		Schnellschnitt	Kürzel	Uhrzeit		Kürzel	Datum (wenn abw. v. Eingang)
		Eingang Labor		:	MTA Zuschnitt		
Liefen an:		Tel. Diagnose		:	MS gekapselt		

Zusatzuntersuchung(en) wurde(n) in Auftrag gegeben:				
<input type="checkbox"/> Zuschnitt (Nachbettung)	<input type="checkbox"/> Immunhistochemie	<input type="checkbox"/> Molekularbiologie	<input type="checkbox"/> Neuropathologie	<input type="checkbox"/> EIMi
<input type="checkbox"/> Histologie	<input type="checkbox"/> Hämatologie	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> Kryo/IZC