

Antrag auf konsiliarische Begutachtung

Einlauf-Nr. des Einsenders: _____

Name, Vorname: _____

geb. am: _____ m w

Rechnungsanschrift: _____

<input type="checkbox"/> Privatpatient	Rechnung
Krankenversicherung	
<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär
<input type="checkbox"/> Krankenkasse	(Überweisungsschein beilegen!)
<input type="checkbox"/> Klinik	
<input type="checkbox"/> Einsender	
<input type="checkbox"/> Studie	⇒ keine Rechnung!
Studienname _____	

Lokalisation: _____

Pathologische Diagnose: _____

Besondere Fragestellungen: _____

Bemerkungen: _____

Frühere histol./konsiliarische Einsendung(en): unsere E- oder H-Nr. _____ Jahr _____

Anlage: _____ Block/Blöcke und _____ Schnitt(e)

fixiertes Feuchtmaterial Frischmaterial Entnahmedatum / -zeit: _____

Infektiöse Erkrankungen bekannt? HIV TBC Hep B Hep C

andere: _____

Befund nachrichtlich an:
(Adresse, E-Mail / Fax)

Unterschrift des Einsenders

Name in Druckbuchstaben

Telefonnummer

Einsender (Stempel, Kostenstelle)

Felder für interne Vermerke

Kürzel Probeneingang		Liefern an
Abweichende Angaben / Klärungsbedarf?		

Zusatzuntersuchung(en) wurde(n) in Auftrag gegeben:				
<input type="checkbox"/> Zuschnitt (Nachbettung)	<input type="checkbox"/> Immunhistochemie	<input type="checkbox"/> Molekularpathologie	<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 / Immunzyto