

Krankenkasse bzw. Kostenträger			
Name, Vorname, Adresse des Versicherten		Geschlecht m w geb. am	
GK-gültig bis			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Kostenträger			
Ambulant	Stationär	Wahlleistung	KV(Schein)

Pathodiagnostik Berlin MVZ GmbH

Berliner Referenzzentrum für Lymphom- und Hämato-pathologie

Prof. Dr. med. H. Stein
Prof. Dr. med. H. Dürkop

Doktor R. Bob



Bereich Dermatohistologie
Konturstraße 58-62
12099 Berlin

Antrag auf Dermatohistologische Beurteilung

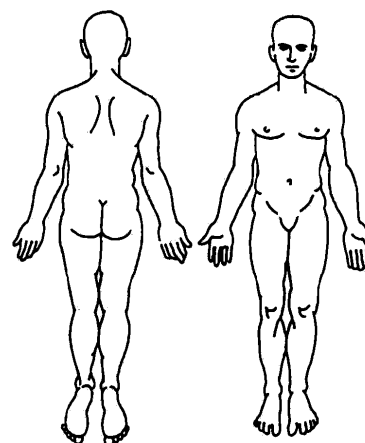
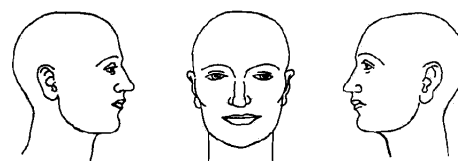
Absender (bitte mit Stempel einsetzen)

Entnahmedatum : ____ . ____ . ____

Befund per Fax erbeten

Befund/Anamnese:

Bitte Lokalisation mit Ziffer angeben



Vorhistologie-Nr. (Bitte numerische Zuordnung) _____

Entnahmeart (bitte numerische Zuordnung)

- Probeexzision (Stanze /Spindel)
- Totalexzision (auch mittels Stanze)
- Nachexzision
- Kürettage / Tangentiale Abtragung

Anforderung

- Histologie
- Schnellschnitt
- Direkte IF
- Indirekte IF

Nr.	Lokalisation	Klinische Verdachtsdiagnose	Ihre Histologie - Nummer
1			
2			
3			
4			

Zusätzliche Befundübermittlung erwünscht an:

Eingangsnummer: _____

Eingangsdatum: _____

Datum, Unterschrift