

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



PATHOLOGIE SPEYER
 Prof. Dr. med Timo Gaiser
 Dr. med. Johannes Schwaab
 Dr. med. Ulrike Zacher
 Prof. Dr. med. Thomas Schubert

**Fachärzte für Pathologie
 Gemeinschaftspraxis**
 Alter Postweg 1, 67346 Speyer
 Postfach 1165, 67321 Speyer
 Tel. 0 62 32-62 440-0
 Fax 0 62 32-62 440-33

BEGUTACHTUNGS-AUFTRAG HISTOLOGIE / ZYTOLOGIE

Bitte unbedingt ankreuzen!

Kostenträger:

Ambulant

Selbstzahler

gesetzlich versichert
 Bitte Überweisungsschein beifügen

Faxbefund

Schnellschnitt

Stationär

Regelleistung

Wahlleistung Arzt

Fax: _____

Tel: _____

Eingangsnummer

Vertragsstempel/Unterschrift des Arztes

Diagnose/Verdachtsdiagnose/Fragestellung – bitte ausfüllen

Datum

Auftrag, Material (Art, Entnahme, Anzahl etc.) – bitte ausfüllen

Von Pathologie auszufüllen

Materialannahme	Erfassen
Zuschnitt	Labor
Pathologe	Schnellschnitt
Blöcke	Ausstriche
Färbungen	Restmaterial
19310	4800
19312	4802
19320	4815
019319	4852
01768	
MSI	Hormone
PD-L1	Her2
Immuno	Ki-67

Eingangsnummer