

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

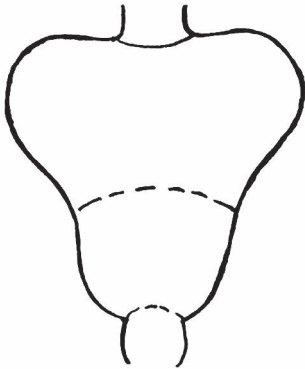
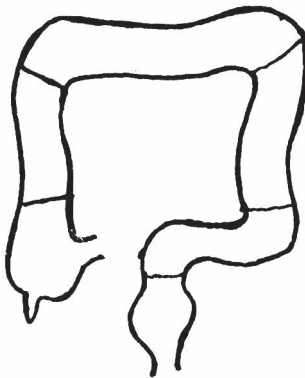
Diagnose/Verdachtsdiagnose/Fragestellung – bitte ausfüllen

\_\_\_\_\_

Datum

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

**BITTE ENTNAHMELOKALISATION EINTRAGEN**

Sprue       Morbus Crohn       Mikroskopische Kolitis

NSAR       Colitis ulcerosa       \_\_\_\_\_

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

Leistungserfassung