

Krankenkasse/Kostenträger		
		Geb. am
Name, Vorname, Adresse des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# INSTITUT FÜR PATHOLOGIE

Prof. Dr. med. Stefan Handt  
Dr. med. Elisabeth Breuer  
Dr. med. Amjad Naami  
Dr. med. Rolf Goebbels  
Dr. med. Inga Steinhoff



Fachärzte für Pathologie  
Würselen und Aachen  
\*angestellte Ärzte  
www.pathologie-aachen.de  
info@pathologie-aachen.de

**GEMEINSCHAFTSPRAXIS**

**Ärztelhaus am Wasserturm**  
52146 Würselen · Niederbardenberger Str. 21a  
Tel.: 02405 / 409 03-0 (od. 85777)  
Fax: 02405 / 409 03-91 (od. 87284)

**Praxiszentrum am Marienhospital**  
52066 Aachen · Viehhofstraße 43  
Tel.: 0241 / 475 715-0 (od. 9610 94 95)  
Fax: 0241 / 475 715-91 (od. 9610 94 98)

**Bei Privat-Patienten bitte vollständige Adresse!**

**Geschlecht**  
 F = weiblich  
 M = männlich

**ambulant**  
 (Überweisung)  
 [beifügen]

**stationär**

**ärztl. Wahlleistung**

**Färbungen**

Barcode



HELI	AP	PAS	Sonst.

Eingang

AM

Bitte  
freilassen

Telefonnummer für die Schnellschnittdurchsage

Schnellschnittdiagnose

Bitte  
freilassen

Uhrzeit Gesprächspartner, Kürzel

Ort

Datum

Unterschrift Einsender

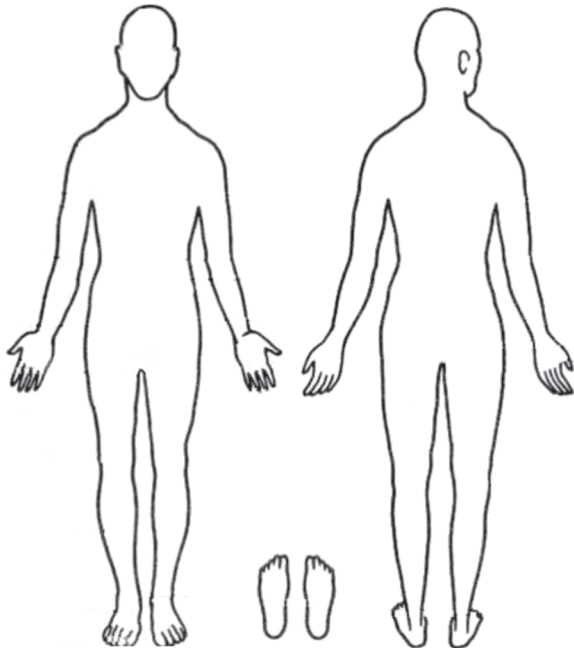
**Einsendender Arzt (Stempel)**

## Antrag auf mikroskopische Begutachtung

**Infektiöses Material (z.B. HIV, Hepatitis, Tbc, MRSA)**

nein  ja: \_\_\_\_\_

**Klinische Diagnose, ggf. Dauer, Verlauf, Vorgeschichte, Vorbehandlung:**



Fragestellung: \_\_\_\_\_

Untersuchungsmaterial: \_\_\_\_\_

Entnahmestelle / Lokalisation: \_\_\_\_\_

Hautscreening (bitte ankreuzen)  Ja  Nein

weitere Eintragungen sind auf der Rückseite möglich

Barcode

Uhrzeit OP OUT	Uhrzeit Labor IN	Labor an Arzt	Anzahl SS/OT's	AUSP	KENNZ	BARCODE	EINGABE	ASS-ZS	ENDK
----------------	------------------	---------------	----------------	------	-------	---------	---------	--------	------