

Krankenkasse/Kostenträger		
Name, Vorname, Adresse des Versicherten	Geb. am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	

Prof. Dr. med. Stefan Handt*
 Dr. med. Elisabeth Breuer*
 Dr. med. Amjad Naami*
 Dr. med. Rolf Goebbels
 Dr. med. Inga Steinhoff
 Dr. med. Katharina Reddemann
 Dr. medic. Lavinia Voicu
 Fachärzte für Pathologie
 *Geschäftsführende Ärzte

MVZ Institut für PATHOLOGIE



WÜRSELEN – AACHEN

MVZ Institut für Pathologie
 Würselen - Aachen GmbH

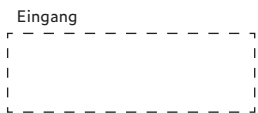
Ärztelhaus am Wasserturm
 Niederbardenberger Str. 21a
 52146 Würselen
 Tel.: 02405 / 40 90 30
 Fax: 02405 / 40 90 39 1

Praxiszentrum
 am Marienhospital
 Viehhofstraße 43
 52066 Aachen
 Tel.: 0241 / 47 57 15 0
 Fax: 0241 / 47 57 15 91

www.pathologie-aachen.de
 info@pathologie-aachen.de



Leistungserfassung (vom Pathologen auszufüllen)	S	A	P	
			19310	4800
				4802
	Sonst.		19312	4815
				4816
			01743	4851
		01768	4852	
STK			4815A3	
IHC				



Bei Privat-Patienten bitte vollständige Adresse!

Geschlecht
 ambulant (Überweisung)
 stationär
 ärztl. Wahlleistung

HELI	AP	PAS	Sonstiges

Telefonnummer für die Schnellschnittdurchsage	Ort:	Einsendender Arzt (Stempel)
Schnellschnittdiagnose Felder	Datum:	
bitte freilassen Datum/Uhrzeit Gesprächspartner/Kürzel	Unterschrift Einsender	

Antrag auf mikroskopische Begutachtung

Infektiöses Material (z. B. HIV, Hepatitis, Tbc, MRSA)
 nein ja: _____

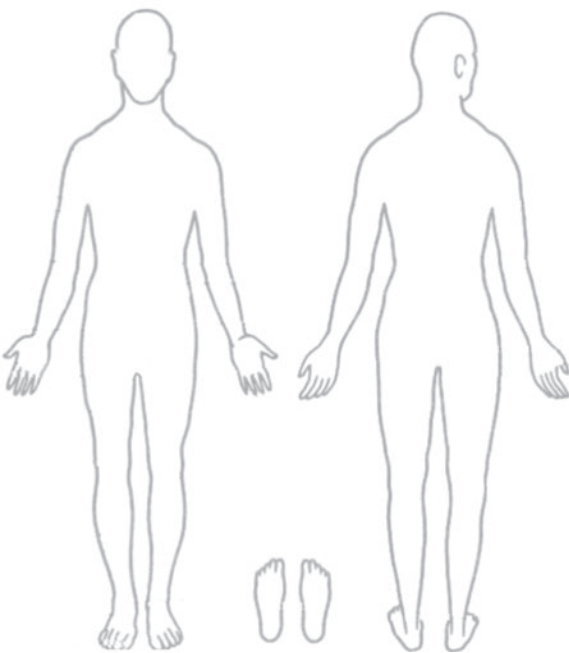
Klinische Diagnose, ggfs. Dauer, Verlauf, Vorgeschichte, Vorbehandlung:

Fragestellung: _____

Untersuchungsmaterial: _____

Entnahmestelle/
 Lokalisation: _____

weitere Eintragungen sind auf der Rückseite möglich



Hautscreening (bitte ankreuzen) ja nein



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