

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\*

INSTITUT FÜR  
**PATHOLOGIE**  
  
 GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Fachärzte für Pathologie  
 Würselen und Aachen  
 \*angestellte Ärzte  
[www.pathologie-aachen.de](http://www.pathologie-aachen.de)  
[info@pathologie-aachen.de](mailto:info@pathologie-aachen.de)

**Ärztehaus 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



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

**Geschlecht**    
  ambulant (Überweisung)    
  stationär    
  ärztl. Wahlleistung

HELI	AP	PAS	Sonstiges

Feld bitte freilassen

Eingang

Telefonnummer für die Schnellschnittdurchsage	Ort:	Einsendender Arzt (Stempel)
Schnellschnittdiagnose <b>Felder</b>	Datum:	
<b>bitte freilassen</b> 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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

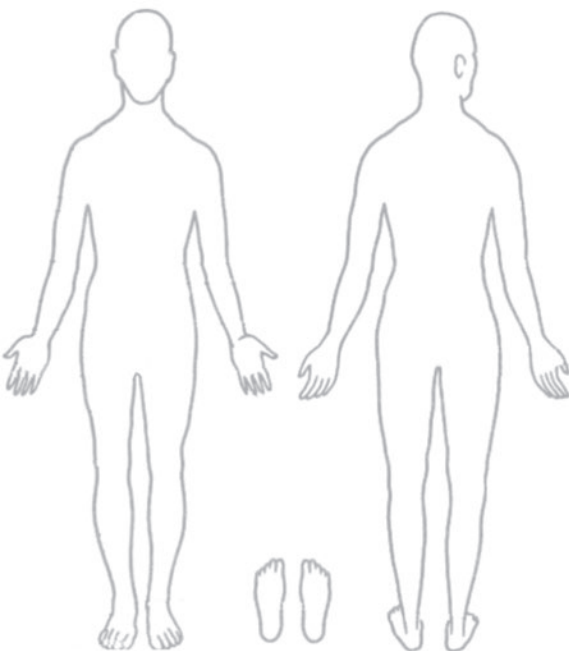
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

weitere Eintragungen sind auf der Rückseite möglich



Hautscreening (bitte ankreuzen)     ja     nein

Barcode

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