

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  
Fax: 02405 / 409 03-91

**Praxiszentrum am Marienhospital**  
52066 Aachen · Viehhofstraße 43  
Tel.: 0241 / 475 715-0  
Fax: 0241 / 475 715-91

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

Geschlecht  
F = weiblich  
M = männlich

ambulant  
(Überweisung)  
[beifügen]

stationär

ärztl. Wahlleistung

**Färbungen**

HELI	AP	PAS	Sonst.

Bitte  
frei lassen



Eingang

Telefonnummer für die Schnellschnittdurchsage

Schnellschnittdiagnose

Bitte  
frei lassen

Uhrzeit      Gesprächspartner      Kürzel

Ort

Datum

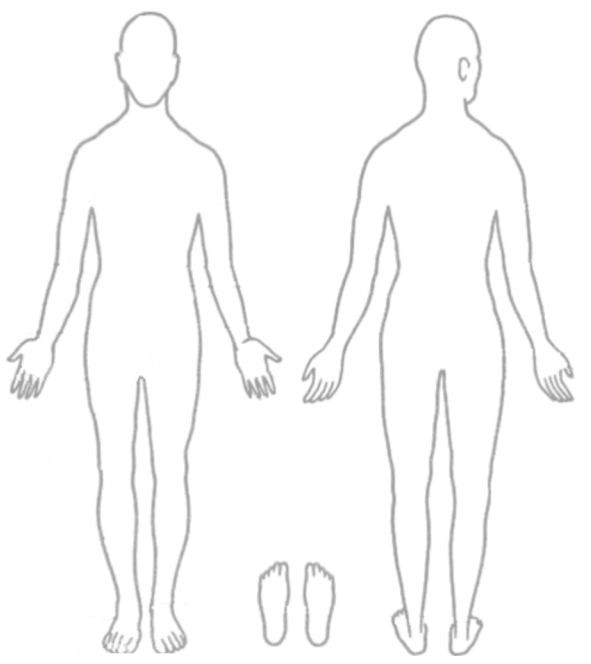
Unterschrift Einsender

**Einsendender Arzt (Stempel)**

**Antrag auf mikroskopische Begutachtung**

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

nein     ja: \_\_\_\_\_



Hautscreening (bitte ankreuzen)     Ja     Nein

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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
----------------	------------------	---------------	----------------	------	-------	---------	---------	--------	------