



Antrag auf histologische Begutachtung

Prof. Dr. med. M. Anlauf · Dr. med. I. Boeck · Dr. med. Ch. Dierkes
Dr. med. R. Eschmann · Prof. Dr. med. L. Fink · Dr. med. Dipl. hum. biol. U. Stahl
Dr. med. F. Steinmüller · Prof. Dr. med. A. Warth

35331 Gießen, PF 100112, Tel.: 0641/67432, Fax: 0641/67431
 35532 Wetzlar, PF 2240, Tel.: 06441/76510, Fax: 06441/77199
 65536 Limburg, PF 1663, Tel.: 06431/93960, Fax: 06431/23304
 36229 Bad Hersfeld, PF 1906, Tel.: 06621/88921422, Fax: 06621/881407

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	LANR	Datum
Ambulant <input type="checkbox"/>	Stat. <input type="checkbox"/>	Privat (Wahlleistung Arzt) <input type="checkbox"/>

Bei ambulanten Patienten Überweisungsschein erforderlich

Bitte 4-10% Formalin benutzen

Kassenarztstempel / Unterschrift des überw. Arztes, Datum

LUNGENPATHOLOGIE

Vorbegutachtung? Nr.: _____

Probe	Zytologie	Lokalisation
()	EBUS <input type="checkbox"/> EUS <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> Spülzytologie <input type="checkbox"/>	_____
()	EBUS <input type="checkbox"/> EUS <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> Spülzytologie <input type="checkbox"/>	_____
()	EBUS <input type="checkbox"/> EUS <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> Spülzytologie <input type="checkbox"/>	_____
()	EBUS <input type="checkbox"/> EUS <input type="checkbox"/> Bürste <input type="checkbox"/> Spülzytologie <input type="checkbox"/>	_____
()	Punktat Pleura <input type="checkbox"/> Punktat Pericard <input type="checkbox"/>	_____

Histologie

() PE Kryo-PE TBB Stanzbiop. _____
 () PE Kryo-PE TBB Stanzbiop. _____

Fragestellung: _____

Interne Qualitätskontrolle

Annahme	Zuschnitt	Einpack.	Ausbett.	Kassette	Schneiden	Aufz.	Farben	Abgabe