Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
BSNR	LANR	Datum
Ambulant ☐	Stat. ☐	Privat (Wahlleistung Arzt) ☐

Bei ambulanten Patienten Überweisungsschein erforderlich

☐ **ASV**
☐ **AOP (88115)**
☐ **Hybrid-DRG**

Interne Qualitätskontrolle		
Annahme	Zuschnitt	Ausbetten

Bitte 4–10% Formalin benutzen

Kassenarztstempel/Unterschrift des überw. Arztes, Datum

09/2025

MVZ Institut für
Pathologie, Dermatopathologie,
Zytologie und Molekularpathologie

Antrag auf histologische Begutachtung

Prof. Dr. med. M. Anlauf · Dr. med. L. Becker · Dr. med. I. Boeck
Dr. med. Ch. Dierkes · Prof. Dr. med. L. Fink · I. Kiehlmann · Dr. med. A. Mayet
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.: 06621/8892142 2,	Fax: 06621/881407
60313 Frankfurt,	Brönnerstr. 15,	Tel.: 069/92881766,	Fax: 069/294927

Art und Entnahmestelle des Materials: _____

Vorbegutachtung? Nr.: _____

Anamnese, klinische Befunde, Fragestellung: _____