

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



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.: 06 41/6 74 32,	Fax: 06 41/6 74 31
35532 Wetzlar,	PF 2240,	Tel.: 06 441/7 65 10,	Fax: 06 441/7 71 99
65536 Limburg,	PF 1663,	Tel.: 06 431/9 39 60,	Fax: 06 431/2 33 04
36229 Bad Hersfeld,	PF 1906,	Tel.: 06 621/8 892 14 22,	Fax: 06 621/8 814 07
60313 Frankfurt,	Brönnestr. 15,	Tel.: 06 9/92 88 17 66,	Fax: 06 9/29 49 27

DERMATOPATHOLOGIE

Bei ambulanten Patienten Überweisungsschein erforderlich

- | | | |
|---------------|--------------------------|-----------------|
| HKS | ☐ | Entnahmestelle: |
| AOP (88115) | ☐ | Klinik: |
| Excision | ☐ | |
| Stanzexcision | ☐ | |
| Curettage | ☐ | |
| Shaving | ☐ | |
| PE | ☐ | |
| Hybrid-DRG | ☐ | |



Kassenarztstempel/Unterschrift des überw. Arztes, Datum

09/2025

Interne Qualitätskontrolle		
Annahme	Zuschnitt	Ausbetten

