

Anweisung zur histologischen Untersuchung

Prot.-Nr.:

Titel <input type="text"/> <input type="text"/>	Patient: Familienname in Blockschrift <input type="text"/>	Vorname <input type="text"/>	Beruf: <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> Dienstgeber: <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>	
Geburtsname:		Geb.-Dat. (Pat.):	Kasse (Pat.):	
Versicherter:		Geb.-Dat. (Vers.):	Vers.-Nr.:	
PLZ:	Wohnort:	Straße:	Sonderklasse:	
Gegenstand und Organlokalisierung: <input type="checkbox"/> Schnellschnitt			VORBEFUNDE	
			ZYTO: <input type="text"/>	HISTO: <input type="text"/>
			Pr.-Nr.: <input type="text"/>	Pr.-Nr.: <input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anamnese, Diagnose, jetzige Operation, Fragestellung:			Datum und Uhrzeit der Gewebeentnahme:	
Einsender: _____ _____ Name/Stempel des zuständigen Arztes			Fixation in: <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/>	
			Gyn.-geb. Angaben: Letzte Menstr.: _____ Grav. LM: _____ Hormontherapie: _____	
_____ Datum		_____ Telefon		

L13-274/2018 wd

Es wird gebeten, alle Datenfelder gut leserlich und komplett auszufüllen, um Verzögerungen in der Befundübermittlung, die sich auf Grund von Rückfragen ergeben, zu verhindern. Im Falle unvollständiger Datenübermittlung muss nach dem Selbstzahlertarif abgerechnet werden.