

Anweisung zur histologischen Untersuchung

Prot.Nr.:

Titel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		PatientIn: Familienname in Blockschrift <input type="text"/>		Vorname <input type="text"/>		Beruf: <input type="text"/> männl. <input type="checkbox"/>	
Geburtsname: <input type="text"/>		Geb.-Datum (Pat.): <input type="text"/>		Dienstgeber: <input type="text"/> weibl. <input type="checkbox"/>		Kasse (Pat.): <input type="text"/> Vers.-Nr.: <input type="text"/>	
Versicherte/r: <input type="text"/>		Geb.-Datum (Vers.): <input type="text"/>		Kasse (Vers.): <input type="text"/> Vers.-Nr.: <input type="text"/>		Sonderklasse: <input type="text"/>	
PLZ: <input type="text"/>		Wohnort: <input type="text"/>		Straße: <input type="text"/>		VORBEFUNDE ZYTO <input type="text"/> HISTO <input type="text"/> Pr.-Nr.: <input type="text"/> Pr.-Nr.: <input type="text"/>	
Gegenstand und Organlokalisierung: <input type="text"/>						<input type="checkbox"/> Schnellschnitt	
Anamnese, Diagnose, jetzige Operation, Fragestellung: <input type="text"/>						Datum und Uhrzeit der Gewebeentnahme: <input type="text"/>	
Einsender: <input type="text"/>						Fixation in: <input type="checkbox"/> Formalin <input type="checkbox"/> andere	
Datum: <input type="text"/>						Name/Stempel des/der zuständigen Arztes/Ärztin <input type="text"/>	
Telefon: <input type="text"/>						<input type="text"/>	

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.