

Begleitschein für Material zur histologischen / zytologischen Begutachtung

Bitte vollständig ausfüllen! Bei ambulanter Behandlung und bei stationärer Behandlung von Belegärzten Überweisungsschein erforderlich.

Gesundheit Nordhessen **Gesundheit Nordhessen**
 Klinikum Kassel MVZ - Medizinisches Versorgungszentrum

Name des Patienten Vorname

Geburtsname Geburtsdatum

Name des Versicherten Vorname

PLZ Wohnort Straße

männlich weiblich

Institut für Pathologie / FB Pathologie

4233750
Prof. Dr. med. Irina Berger
Allgemeine und Spezielle Pathologie
Neuropathologie
 Mönchebergstrasse 41-43
 34125 Kassel

ambulant Belegarzt Privat
 stationär Wahlleistung Sonstige
 AOP § 116 IGEI

<http://www.gesundheit-nordhessen.de>

Befundabfrage: (0561) 980 - 3207
 Sekretariat: (0561) 980 - 4001
 Fax: (0561) 980 - 6983
 Histologielabor: (0561) 980 - 3218

Schnellschnitt **Eilt**

Telefon-Nr. (unbedingt angeben):

Einsender:

Bitte Stempel!

 Leserlicher Name des einsendenden Arztes

Telefon: _____

 Unterschrift des einsendenden Arztes

Art des Untersuchungsmaterials:

Datum der Entnahme:

Klinische Diagnose / Vorerkrankungen / Laborwerte

Wird vom Institut / FB ausgefüllt				
Qualitätssicherung				
UN		PAS		Pol
BZ		Fe		IHC
Entkalkt		Gie		Mol
sägen		EVG		
Mat		LU Flö		Foto
TU		LP Flö		TM
AR		LK Flö		AZ
MM		BK Flö		Stufen
Abgestempelt				
Mat.-Beschr.				
Zuschneider / Ass				
Eingekapselt				
Schieben				

Fragestellung / Bemerkungen:

Nummer früherer Untersuchungen:

1 1