

Krankenkasse bzw. Kostenträger	<input type="checkbox"/> Ambulant (Ü-Schein)	Feld für Barcode
Name, Vorname und Anschrift des Versicherten geb. am	<input type="checkbox"/> Privat ambulant <input type="checkbox"/> stationär Rechnung an Patient	
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status	<input type="checkbox"/> Stationär Regelleistung	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	Färbungen	

Untersuchungsauftrag

Histologie

(Gastroenterologie)

Humanpathologie Dr. Weiß MVZ GmbH . Am Weichselgarten 30a . 91058 Erlangen
 Telefon 0 91 31 - 61 66 07-0 . Telefax 0 91 31 - 61 66 07-77 . info@humanpathologie.com
 www.humanpathologie.com

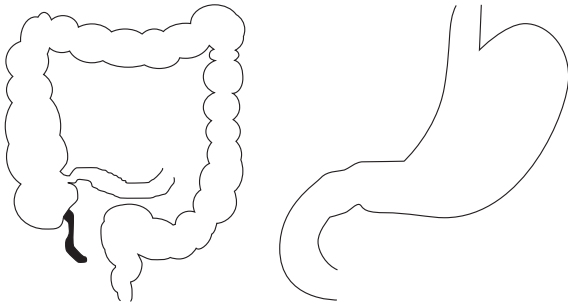
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Routinehistologie | <input type="checkbox"/> Schnellschnitt (Nativmaterial) |
| <input type="checkbox"/> Eilige Untersuchung | |
| <input type="checkbox"/> Ergebnis vorab per Fax | <input type="checkbox"/> Telefonischer Rückruf erbeten <input type="checkbox"/> Nachrichtlich |

Anamnese/Beschwerden (seit wann?)

Medikamente: NSAR PPI Z. n. Eradikation andere Therapie:

Material und Lokalisation/Markierungen (ggf. Skizze), **Klinische Diagnose, Fragestellung**

Ansprechpartner, Telefon- bzw. Faxnummer, Datum,
 Unterschrift und Vertragsarztstempel Einsender



Voruntersuchungen **nein** **ja H-Nr.**

Abrechnung		Anforderungen/Immunhistologie/Bemerkungen		
X 19310 X 19312	<input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> Immunhistologie <input type="checkbox"/> BB <input type="checkbox"/> EvG <input type="checkbox"/> Gie <input type="checkbox"/> Kongo <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> Stufen <input type="checkbox"/> Konsil: <input type="checkbox"/> aufschneiden <input type="checkbox"/> Sonstiges	Bitte dieses Feld nicht beschriften oder bestempeln		
X 4800 X 4802 X 4815				
Sonstige				
Abrechnung	Maske und 1. Scan	Vorschreiber	Versand	2. Scan