

Krankenkassen bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Datum und Uhrzeit der Materialentnahme

- männlich
- weiblich

Eingegangen am

---

Eingangsnummer

wird von der Pathologie ausgefüllt

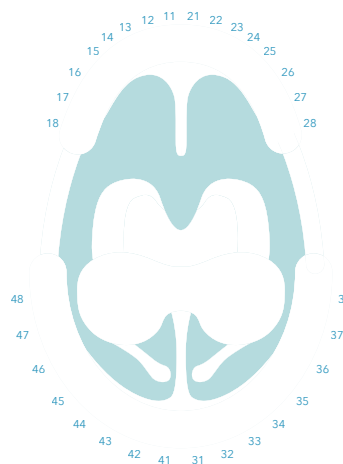
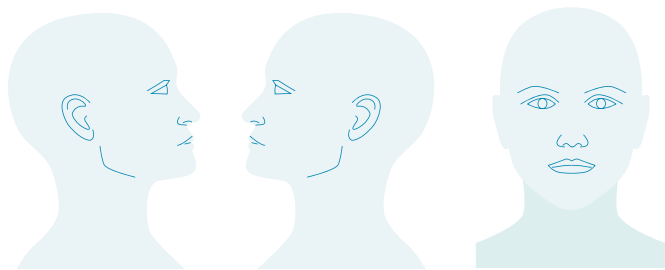
## Auftrag zur histologischen/zytologischen Untersuchung

frühere Untersuchungen

- Probebiopsie (PE)       Abstrich
- vollständige Exzision       Shave/Kürettage

### Beschreibung des Untersuchungsauftrags

Angabe von Lokalisation, Verdachtsdiagnose & weitere relevante Informationen



- CITO Befundübermittlung per Tel  per Fax

- Hautscreening



### Bioptisches Institut Berlin

Eugen-Schönhaar-Str. 2  
10407 Berlin  
Tel 030-9210959-70 **NEU**  
Fax 030-9210959-79 **NEU**  
info@bioptisches-institut-berlin.de

Prof. Dr. med. Peter Buntrock  
Dr. med. Frank Rublack (angest.)  
Björn Buntrock  
Michal Halejcio

Fachärzte für Pathologie



- Befundkopie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arztstempel / Unterschrift

### Färbungen

### Makroskopie

