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

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

Beschreibung des Untersuchungsauftrags

Angabe von Lokalisation, Verdachtsdiagnose & weitere relevante Informationen

◯ CITO Befundübermittlung per Tel ◯ per Fax ◯

◯ Hautscreening ◯ Vorsorgekoloskopie

◯ Befundkopie

Arztstempel / Unterschrift

Färbungen

Makroskopie

wird von der Pathologie ausgefüllt