

Krankenkasse / Kostenträger		
Name, Vorname, Adresse des Versicherten		Geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis

Bei Privat-Patienten bitte vollständige Adresse!

☐	☐	☐	☐
ambulant (Überweisung)	stationär	ärztl. Wahlleistung	Hybrid DRG

Barcode	Eingang
---------	---------



INSTITUT FÜR PATHOLOGIE
WÜRSELEN - AACHEN

Prof. Dr. med. Stefan Handt*
Dr. med. Elisabeth Breuer*
Dr. med. Amjad Naami*
Dr. med. Rolf Goebbels
Dr. med. Inga Steinhoff
Dr. med. Katharina Reddemann
Fachärzte für Pathologie
*Geschäftsführende Ärzte



MVZ Institut für Pathologie
Würselen - Aachen GmbH

Ärztehaus am Wasserturm
Niederbardenberger Str. 21a
52146 Würselen
Tel.: 02405 / 40 90 30
Fax: 02405 / 40 90 39 1

Praxiszentrum
am Marienhospital
Viehhofstraße 43
52066 Aachen
Tel.: 0241 / 47 57 15 0
Fax: 0241 / 47 57 15 91

www.pathologie-aachen.de
info@pathologie-aachen.de

Leistungserfassung (vom Pathologen auszufüllen)	S	A		P	
			19310		4800
					4802
	Sonst.		19312		4815
					4816
			01743		4851
			01768		4852
	STK				4815A3
	IHC			M	F
				Z	S

Heli	
AP	
PAS	
Sonst.	

Telefonnummer für die Schnellschnittdurchsage	Ort:	Einsendender Arzt (Stempel)
Schnellschnittdiagnose Felder	Datum:	
bitte freilassen Datum/Uhrzeit Gesprächspartner/Kürzel	Unterschrift Einsender	

Antrag auf mikroskopische Begutachtung

Infektiöses Material (z. B. HIV, Hepatitis, Tbc, MRSA)

☐ nein ☐ ja: _____

Klinische Diagnose, ggfs. Dauer, Verlauf, Vorgeschichte, Vorbehandlung:

Fragestellung: _____

Untersuchungsmaterial: _____

Entnahmestelle/
Lokalisation: _____

weitere Eintragungen sind auf der Rückseite möglich

Barcode

Uhrzeit Patho IN	Anzahl SS/OT's	AUSP	KENNZ	BARCODE	EINGABE	ASS-ZS	ENDK
------------------	----------------	------	-------	---------	---------	--------	------