

Krankenkasse bzw Kostenträger			<h2 style="margin: 0;">DERMATOHISTOLOGISCHER UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG</h2> <p style="margin: 0;">an das Institut für Pathologie an der MHH</p> <p style="margin: 0;">PD Dr. med. V. Schacht-Stahlbock - Hautärztin, Dermatohistologie Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. med. H. H. Kreipe</p> <p style="margin: 0;">Postfach: 610140 30601 Hannover Tel.: 0511/532-4580 e-Mail: pathobefundauskunft@mh-hannover.de Fax: 0511/532-5799</p>
Name, Vorname des Versicherten geb. am			
Kassen-Nr	Versicherten-Nr	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr	Datum	
Anschrift (bei Privat-Patienten)			zuständiger Arzt Telefon Befund an Fax Datum Unterschrift

Poliklinik <input type="radio"/>	Selbstzahler <input type="radio"/>	Privat <input type="radio"/>
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------

Hautbefund: Verdachtsdiagnose:	Vertragsarztstempel Einsender
--	-------------------------------

Seit wann?
Vorthérapien?
Entnahmestelle:

Entnahmetechnik:				
Stanze <input type="radio"/>	Skalpelli <input type="radio"/>	Scharfer Löffel <input type="radio"/>	Elektrochirurgie <input type="radio"/>	Sonst <input type="radio"/>

Entnahmeabsicht:			
Probeexcision <input type="radio"/>	Teilexcision/Abtragung <input type="radio"/>	Shave <input type="radio"/>	Totalexcision <input type="radio"/>

Voruntersuchungen nein ja; Ergebnis:

Den unteren Abschnitt bitte freilassen für die Pathologie

Materialart:				Skizze
Stanze <input type="radio"/>	Excidat <input type="radio"/>	Gewebestreifen <input type="radio"/>	Sonst <input type="radio"/>	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Größe in (Länge x Breite x Höhe)	Pigmentierung abgrenzbar? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Tumor abgrenzbar? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		
	Fläche (Länge x Breite)	Fläche (Länge x Breite x Höhe)		
Minimaler Randabstand (cm):	Minimaler Randabstand (cm):			