

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am:

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers

Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum

Abnahmezeit

TTMMJJhhmm

SSW

Befund  
eilt, Übermittlung an  Telefon  Fax Nr.

### Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!

|  |                                    |  |  |
|--|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kurativ   | <input type="checkbox"/> Präventiv | <input type="checkbox"/> bei belegärztl.<br>Behandlung | <input type="checkbox"/> Unfall,<br>Unfallfolgen |
| Knappschafts-<br>kennziffer  |                                    |  |  |
| Quartal  |                                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> J   | <input type="checkbox"/> J         |  |  |
| Geschlecht   |                                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Kontrolluntersuchung<br>bekannte Infektion                    |                                    |  |  |
| eingeschränkter<br>Leistungsanspruch   |                                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> SER   |                                    | <input type="checkbox"/> gemäß § 16<br>Abs. 3a SGB V   |  |
| <input type="checkbox"/> Empfängnisregelung, Sterilisation,<br>Schwangerschaftsabbruch |                                    |  |  |

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift übern. Arzt

Muster 10 (4.2024)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

## DERMATOPATHOLOGIE FREIBURG

DR. K.-F. DEML · DR. A. FREY · DR. S. HÖRSTER · PD DR. S. KRAFT

DR. A. ORTINS-PINA · DR. A. SAGGINI · DR. K. WALLERIUS · PD DR. W. WEYERS

POSTFACH 1268 D-79012 FREIBURG

TEL.: 07 61 / 3 16 96 FAX: 07 61 / 3 97 72

ENGELBERGERSTR. 19 D-79106 FREIBURG

E-MAIL: labor@zdpt.de www.zdpt.de

Zertifiziert nach ISO 9001:2015

Qualitätszirkel BV Pathologie Baden

ICDP - UEMS Training Centre

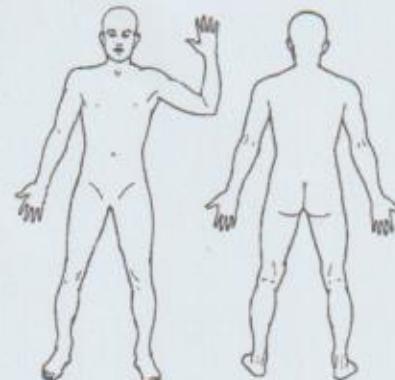
Patientenname \_\_\_\_\_

Vor-Histologie? \_\_\_\_\_

Vorbehandlung \_\_\_\_\_

Klinische Beschreibung oder Diagnose

Lokalisation



- Hautkrebs-Screening
- IGEL
- § 115b – OPS: \_\_\_\_\_

- Schnittrandkontrolle
- Komplette Randschnittdiagnostik
- Immunfluoreszenz
- Molekulare Diagnostik (PCR/FISH)

- Totalexzision
- Teilexzision
- PE
- Shave
- Kürettage
- Kauter
- Nachrichtlich an: