

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

10



☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

☐ SER

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

☐ Befund eilt, Übermittlung an ☐ Telefon ☐ Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schölerunfällen

Muster 10 (4.2024)

DERMATOPATHOLOGIE FREIBURG

DR. A. FREY · DR. S. HÖRSTER · PD DR. S. KRAFT
A. ORTINS-PINA · DR. K. WALLERIUS · PD DR. W. WEYERS

POSTFACH 1268 D-79012 FREIBURG
ENGELBERGERSTR. 19 D-79106 FREIBURG

TEL.: 07 61 / 3 16 96 FAX: 07 61 / 3 97 72
E-MAIL: labor@zdpf.de www.zdpf.de

Zertifiziert nach ISO 9001:2015
ICDP - UEMS Training Centre

Qualitätszirkel BV Pathologie Baden

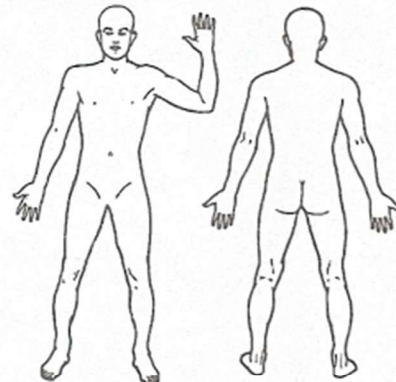
Patientenname _____

Vor-Histologie? _____

Vorbehandlung _____

Klinische Beschreibung oder Diagnose

Lokalisation



☐ Hautkrebs-Screening
☐ IGE
☐ § 115b – OPS: _____

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

☐ Totalexzision
☐ Teilexzision
☐ PE
☐ Shave
☐ Kürettage
☐ Kauter

☐ Nachrichtlich an: _____

Stempel

Antrag auf histologisches Gutachten

Unterschrift des überweisenden Arztes