

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

EINSENDUNGSLABOR FÜR DERMATOPATHOLOGIE

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
 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 DIN EN ISO 9001:2015
 ICDP-UEMS Training Centre
 Qualitätszirkel BV Pathologie Südbaden

Klinische Beschreibung oder Diagnose

Hautkrebs-Screening

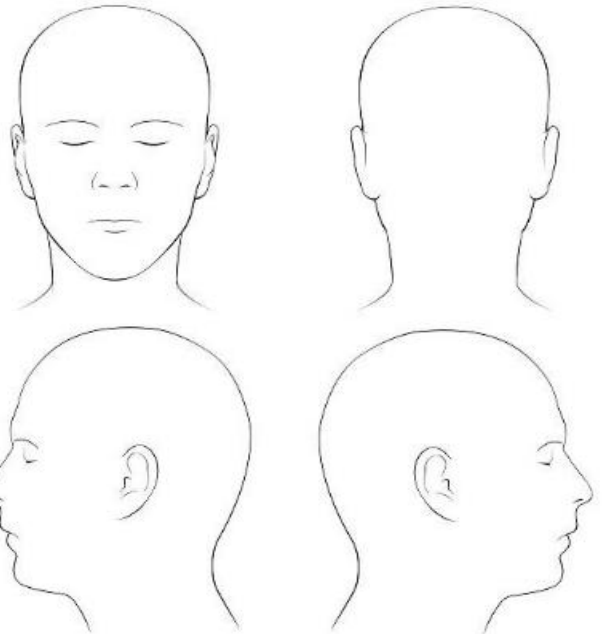
IGEL

§ 115 b – OPS-Code _____

Vor-Histologie? _____

Lokalisation

Vorbehandlung



<input type="checkbox"/> Ausschluss von Malignität	<input type="checkbox"/> Totalexzision
<input type="checkbox"/> Schnitttrandkontrolle	<input type="checkbox"/> Teilexzision
<input type="checkbox"/> Komplette Randschnittdiagnostik	<input type="checkbox"/> PE
<input type="checkbox"/> Immunfluoreszenz	<input type="checkbox"/> Shave
<input type="checkbox"/> Molekulare Diagnostik (PCR/FISH)	<input type="checkbox"/> Kürettage
<input type="checkbox"/> Zusatzinformationen (Literatur etc.)	<input type="checkbox"/> Kauter
<input type="checkbox"/> Nachrichtlich an: _____	



Stempel

Antrag auf histologisches Gutachten

 Unterschrift des überweisenden Arztes