

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am _____						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		
<b>Ambulant</b> <input type="checkbox"/>			<b>Stationär</b> <input type="checkbox"/>			
Station: _____						
Tel.: _____						
Datum der Entnahme: _____						

# Pathologie Aschaffenburg

## Prof. Dr. med. Matthias Eck

### Begutachtungsauftrag Haut



Am Hasenkopf  
63739 Aschaffenburg

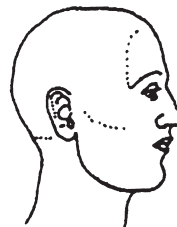
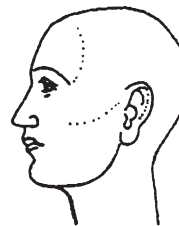
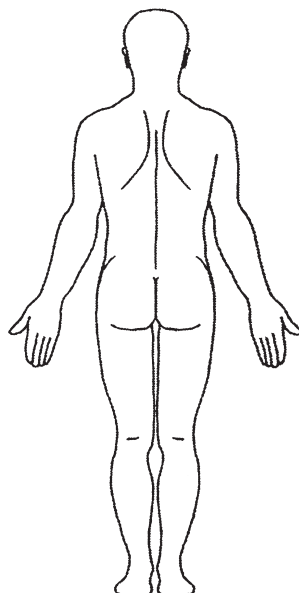
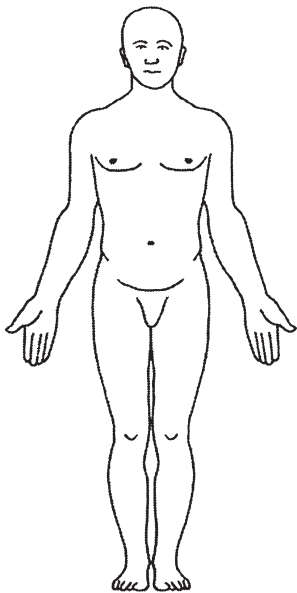
Telefon: +49 6021 32-4603  
Telefax: +49 6021 32-4615

**ABSENDER** (Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt)

### Fragestellung / Anamnese

Hautscreening ja  nein

Bitte Lokalisationen nach Zahlen markieren



Feld für Pathologie

#### Materialannahme

Erfassen  
Zuschnitt  
Endkontrolle  
Pathologe  
Schnellschnitte  
Blöcke  
Ausstriche


Angeforderte Färbungen (Labor)

### Klinische Diagnose / Entnahmetechnik

- I. \_\_\_\_\_
- II. \_\_\_\_\_
- III. \_\_\_\_\_
- IV. \_\_\_\_\_
- V. \_\_\_\_\_

Abrechnung

19310 x  
19312 x  
40100