

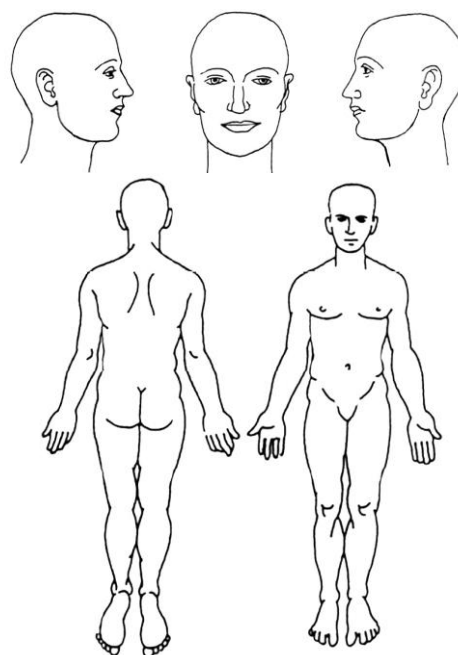
Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Dermatohistologische Beurteilung

Einsender:
Arzt: _____
Entnahmedatum : ____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> Befund per Fax erbeten
Praxis- / Stationsstempel

Eingangsdatum: ____ . ____ . ____
--

Bitte Lokalisation mit Ziffer angeben.



Befund/Anamnese:

Vorhistologie-Nr. (Bitte numerische Zuordnung) _____

Entnahmeart (bitte numerische Zuordnung)

- Probeexzision (Stanze / Spindel)
- Totalexzision (auch mittels Stanze)
- Nachexzision
- Kürettage / Tangentiale Abtragung

Anforderung:

- Histologie
- Schnellschnitt

Nr.	Lokalisation	Klinische Verdachtsdiagnose	Histologie-Nummer	
1				
2				
3				
4				