

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

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
 Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Michael P. Schön

Funktionsbereich Dermatopathologie / Immunfluoreszenz
 Oberärztliche Leitung: Prof. Dr. med. Christina Mitteldorf

37099 Göttingen

Telefon Sekretariat 0551 / 39-69507
 0551 / 39-62571
 Fax 0551 / 39-68405

Dermatopathologische Beurteilung

Einsender:

Arzt: _____

Entnahmedatum: ____ . ____ . ____

Befund per Fax erbeten Praxis- / Stationsstempel

Eingangsdatum: ____ . ____ . ____

Befund/Anamnese:

Vorhistologie-Nr. (Bitte numerische Zuordnung) _____

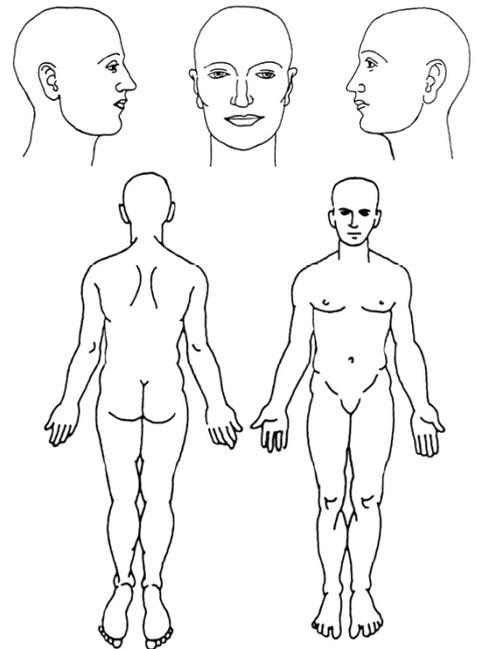
Entnahmeart (bitte numerische Zuordnung)

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

Anforderung:

- Histologie
- Schnellschnitt

Bitte Lokalisation mit Ziffer angeben.



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