

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 Dermatohistologie / Immunfluoreszenz
 Oberärztliche Leitung: Dr. med. Hans P. Bertsch
 Dr. med. Sigrid M.C. Broekaert

37099 Göttingen

Telefon Sekretariat 0551 / 39-9507
 0551 / 39-66468
 Fax 0551 / 39-12583

Dermtahistologische Beurteilung

Einsender:

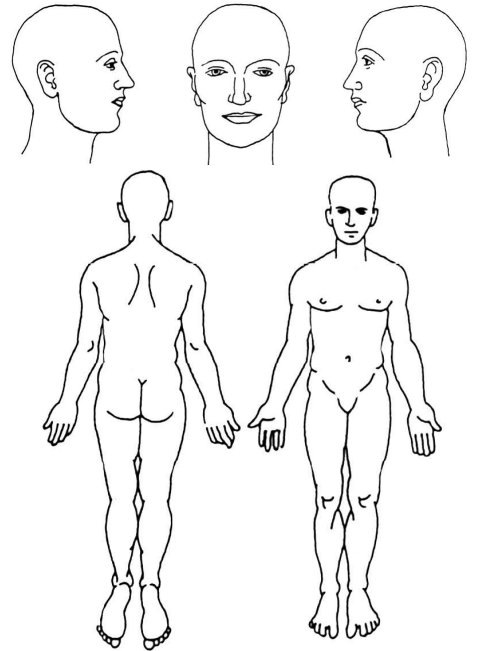
Arzt: _____

Entnahmedatum : ____ . ____ . ____

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
- Direkte IF
- Indirekte IF

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