

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

- ☐ KV
 ☐ Stationär
 ☐ Privat
☐ ASV
 ☐ AOP 88115
 ☐ Vorsorge

Einsenderin/Einsender (Kassenarztstempel)



**Zentrum für Histologie, Zytologie
und Molekularpathologie
Wiesbaden**

Gemeinschaftspraxis Pathologie
Ludwig-Erhard-Str. 100
65199 Wiesbaden

T +49 (0)611 424018
F +49 (0)611 42983

info@wiesbaden-patho.de
wiesbaden-patho.de

Prof. Dr. med. Mark Kriegsmann
Priv. Doz. Dr. med. Christoph Renné
Priv. Doz. Dr. med. Klaus Willenbrock

Dr. med. Sonja Stallmann*
Dr. med. Susan Trouet*
Dr. med. Britta Walter*

* angestellte Ärztinnen



Interner Barcode

Untersuchungsauftrag Gynäkologie

☐ Befund eilt

Klinische Angaben (Material, Verdachtsdiagnose und Fragestellung)

Nr.	Material	Fragestellung
_____	Zervixabradat _____	Adnexe R ☐ L ☐
_____	Korpusabradat _____	Adnexe R ☐ L ☐
_____	Abort _____	Tube R ☐ L ☐
_____	Abruptio graviditatis _____	Tube R ☐ L ☐
_____	Portio PE bei _____ Uhr _____	Uterus supraz. ☐
_____	Portio PE bei _____ Uhr _____	Periton. R ☐ L ☐
_____	Portio PE bei _____ Uhr _____	
_____	Portio PE bei _____ Uhr _____	
_____	Portiokonius _____	
_____	Nachresektat _____	
_____	Nachresektat _____	
_____	Nachresektat _____	
_____	Vulva _____	
_____	Vagina _____	

Weitere Angaben:

Hybrid-DRG
☐ Hybrid-DRG

Datum, Unterschrift

Nachrichtlich an