

Krankenkasse bzw Kostenträger			DERMATOHISTOLOGISCHER UNTERSUCHUNGSauftrag an das Institut für Pathologie an der MHH PD Dr. med. V. Schacht-Stahlbock - Hautärztin, Dermapathologie Kommissarische Leitung: Univ.-Prof. Dr. F. Heidel/ Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. J. Bräsen Anschrift: Institut für Pathologie/OE5110 30623 Hannover E-Mail: pathobefundauskunft@mh-hannover.de Tel.: 0511/532-4580 Fax: 0511/532-5799		
Name,Vorname des Versicherten					
geb. am					
Kassen-Nr	Versicherten-Nr	Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr	Datum	zuständiger Arzt		
Anschrift (bei Privat-Patienten)			Telefon		
			Befund an Fax		
			Datum Unterschrift		
Poliklinik ☐ Selbstzahler ☐ Privat ☐			Vertragsarztstempel Einsender		
Hautbefund:					
Verdachtsdiagnose:					
Seit wann?			24h - Befundung / Eilig		
Vorththerapien?			Vorab – Befundung		
Entnahmestelle:			☐ bis 12:00 Uhr		
			☐ bis 16:00 Uhr		
			☐ Pat. einbestellt am		

Entnahmeteknik:					
Stanze	☐	Skalpelli	☐	Scharfer Löffel	☐
				Elektrochirurgie	☐
				Sonst	☐
Entnahmeabsicht:					
Probeexcision		☐	Teilexcision/Abtragung		☐
				Shave	☐
				Totalexcision	☐
Voruntersuchungen ☐ nein ☐ ja; Ergebnis:					
Den unteren Abschnitt bitte freilassen für die Pathologie					
Materialart:				Skizze	
Stanze	Excidat	Gewebestreifen	Sonst		
☐	☐	☐	☐		
Größe in (Länge x Breite x Höhe)	Pigmentierung abgrenzbar?		Tumor abgrenzbar?		
	ja ☐ nein ☐		ja ☐ nein ☐		
	Fläche (Länge x Breite)		Fläche (Länge x Breite x Höhe)		
		Minimaler Randabstand (cm):		Minimaler Randabstand (cm):	