

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

Antrag auf histologische Untersuchung

Hautkrebscreening <input type="checkbox"/>						
Nr.	Lokalisation	PE	TE	EA	Größe (mm)	Verdachtsdiagnose
I						
II						
III						
IV						
V						
VI						

(REG-NR: 20131283)



⁺ Zweigpraxis des Instituts für
 Dermatopathologie Hannover
 Dr. med. Rolf Rüdiger Meliß
 *angestellte Ärztin

PE Probeentnahme TE Totalexzision | EA = Entnahmeart: Sh: Shave-Ex, Sp Spindelf. Ex, St Stanz. Ex, Kü Kürettage, El Elektrokauter, So Sonstiges

<p>Vermerke Labor</p> <p>Maße LxBxH (mm)*</p>			Datum, Stempel, Unterschrift									
										H-O	WS-O	I-O



*Die Messungen des Exzisesates beziehen sich auf das formalinfixierte Präparat, mit Retraktions- u. Schrumpfungartefakte bis zu 50%, sie entsprechen nicht den Maßen des Vitalpräparates