

<p><b>Begleitschein für Material zur histolog. Begutachtung</b></p> <p>Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen. Bei ambulanter Behandlung und bei stationärer Behandlung von Belegärzten Überweisungsschein erforderlich.</p>	<p><b>Univ.-Prof. Dr. med. Ruth Knüchel-Clarke</b>                  Institut für Pathologie                  Uniklinik RWTH Aachen                  52057 Aachen                  Tel.: 0241 80-89708</p>	<p><b>Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Aachen</b>  <b>Institut für Pathologie</b>                  Univ.-Prof. Dr. med. Ruth Knüchel-Clarke                  MVZ am Universitätsklinikum Aachen GmbH • D-52057 Aachen</p>
--	---	---

Name des Patienten  Vorname  männlich   
 weiblich

Geburtsname  Geburtsdatum  selbst. Arzt

Name des Versicherten  Vorname

PLZ  Wohnort  Straße

Bitte nicht ausfüllen!

Polarisation   
 Biopsie

Privat versichert bei:  **Wahlleistung priv. allg. Pflegekasse**

**ambulant**   
**Stationär**

RVO-Versicherung Ersatzkasse:  Mitglied   
 Familie   
 Rentner

(Bitte beide Blätter stempeln)

Stempel und Unterschrift des einsendenden Arztes

Ort  Datum

**telefonisch erreichbar unter**

Station

Probe	Herkunft / Lokalisation
A	
B	
C	
D	
E	
F	weitere Rückseite

Bitte nicht ausfüllen!

Probeneingangsprüfung:

Nr.-Vergabe:

Biopsiebearbeitung

Fehlercode

Schnittausgabe an:

Ausgabe SS (Uhrzeit):

**Pathologe SS:**  
 Uhrzeit:   
 OABef.:   
 Gesprächspartner:   
 Durchsage:

Nur vom Pathologen auszufüllen!

**Anamnese/Befunde/Medikamente, weitere klin. Angaben**

**Klinische Diagnose/Fragestellung**

Versandmaterial gewünscht, welches:  Begleitscheine gewünscht  Histologie  Zytologie

Auftrag weitergeleitet:  MTA-Kürzel



Probe	Herkunft / Lokalisation
G	
H	
I	
J	
K	
L	
M	
N	
O	
P	
Q	
R	
S	
T	
U	
V	
W	

01.16/rev03 E-Schein Seite 2 von 2



Anlage 1 zur Verfahrensanweisung Identifikation...

<p><b>Begleitschein für Material zur histolog. Begutachtung</b></p> <p>Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen. Bei ambulanter Behandlung und bei stationärer Behandlung von Belegärzten Überweisungsschein erforderlich.</p>	<p><b>Univ.-Prof. Dr. med. Ruth Knüchel-Clarke</b>                  Institut für Pathologie                  Uniklinik RWTH Aachen                  52057 Aachen                  Tel.: 0241 80-89708</p>	<p><b>Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Aachen</b>  <b>Institut für Pathologie</b>                  Univ.-Prof. Dr. med. Ruth Knüchel-Clarke                  MVZ am Universitätsklinikum Aachen GmbH • D-52057 Aachen</p>
<p>Name des Patienten <span style="float: right;">Vorname</span> <span style="float: right;">männlich <input type="checkbox"/></span>  <span style="float: right;">weiblich <input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p>Geburtsname <span style="float: right;">Geburtsdatum</span> <span style="float: right;">selbst. Arzt <input type="checkbox"/></span></p> <hr/> <p>Name des Versicherten <span style="float: right;">Vorname</span></p> <hr/> <p>PLZ <span style="float: right;">Wohnort</span> <span style="float: right;">Straße</span></p>		<p style="text-align: center;">Bitte nicht ausfüllen!</p>   <p>Polarisation <input type="checkbox"/></p> <p>Biopsie <input type="checkbox"/></p>
<p>Privat versichert bei:</p> <p style="text-align: right;"><b>Wahlleistung priv. allg. Pflegekasse</b> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>ambulant</b> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><b>Stationär</b> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>RVO-Versicherung <span style="float: right;">Mitglied</span> <input type="checkbox"/></p> <p>Ersatzkasse: <span style="float: right;">Familie</span> <input type="checkbox"/></p> <p style="float: right;"><input type="checkbox"/></p> <p style="float: right;">Rentner <input type="checkbox"/></p>		<p>(Bitte beide Blätter stempeln)</p> <hr/> <p>Stempel und Unterschrift des einsendenden Arztes</p> <hr/> <p>Ort <span style="float: right;">Datum</span></p> <hr/> <p><b>telefonisch erreichbar unter</b></p> <hr/> <p>Station</p>