



DERMATO PATHOLOGIE OFFENBACH

Dermatopathologie Offenbach / Postfach 100454 / 63004 Offenbach

Frau Dr. med. M. Mustermann
Dermatologie
Musterstraße 1
99999

medermis MVZ
Dermatopathologie Offenbach GmbH
Postfach 100454 / 63004 Offenbach
T + 49 (0)69 · 98 97 243 - 0
F + 49 (0)69 · 98 97 243 - 30
sec@histologielabor.de
www.histologielabor.de

Test, Testinchen
*30.12.2000

T/2012/000100
Privat



Eingang 14.02.2012

Ausgang 06.08.2013 Arztkürzel / Schreibkraft

Pathologisch-anatomische Begutachtung

MATERIAL

Klinische Angaben siehe Rückseite

Hautkrebs-Screening: Nein

MAKROSKOPIE

Mehrere im Durchmesser bis max. 0,1 cm große Kürettagepartikel. Aufarbeitung in Stufenschnitten.

MIKROSKOPIE

Akanthotisch verbreiterte Epidermis mit Papillomatose. Fokal diskrete Pigmentierung basaler Keratinozyten. Teilweise filiforme Hyperkeratose sowie auch Nachweis einiger Pseudohornzysten. Keine Atypien.

DIAGNOSE

Verruca seborrhoeica, Shave-Exzision vom Nasenrücken.
ICD-10-SGBV L82.0

DR. U. MAUERER

Der Bericht wurde von einem Facharzt validiert und nach ärztlicher Kontrolle ohne Unterschrift versandt.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
 Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose _____

Befund/Medikation _____

Auftrag Nachreichung

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer _____

Quartal **Q J J**

Geschlecht _____

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

SER eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Abnahmedatum **T T M M J J** Abnahmezeit **h h m m**

SSW _____

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

IGeL-Leistung

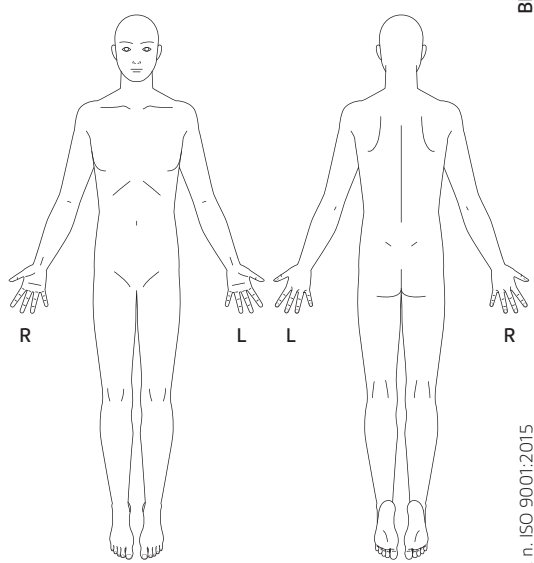
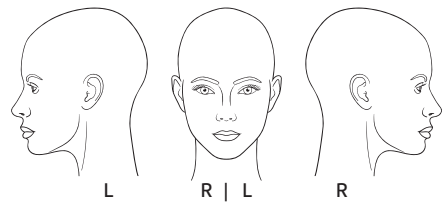
Eingriff § 115 b

Hautkrebscreening

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt



medermis MVZ
 Dermatopathologie Offenbach GmbH
 Postfach 100454 / 63004 Offenbach
 T + 49 (0)69 . 98 97 243 - 0
 F + 49 (0)69 . 98 97 243 - 30
 sec@histologielabor.de
 www.histologielabor.de



PATIENTEN-NR.: _____

FOTO: Ja Nein

	Klinischer Sicherheitsabst. (mm)	Exzision	Mikrografische Schnitttrandkontrolle	Shave	Kürettage	Probebiopsie
1. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VORHISTOLOGIE-NR.: _____

ELISA Molekulardiagnostik Immunfluoreszenz Alopezie

Bitte nicht ausfüllen. Nur für laborinternen Gebrauch.

19310	19312	19315	19320
32505	40094	88115	

75	Porto	4815t	4815r3	4800
4802	4815	4830A	IGEL	Hg

Serie	Stufen	PAS	Giemsa	EvG	AB
Annahme	Zuschnitt	Ausbetten	Schneiden	Abgabe	Kontrolle

BITTE NICHT ABTRENNEIN!

Zert. n. ISO 9001:2015

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schulerunfällen

Muster 10 (4.2024)