



DERMATO PATHOLOGIE OFFENBACH

Dermatopathologie Offenbach / Postfach 100454 / 63004 Offenbach

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

MVZ Dermatopathologie Prof. Dr. Kind 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.

Überweisungs-/Abrechnungsschein

06

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

Kurativ
 Präventiv
 Behndl. gemäß § 116b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Quartal: **Q J J**
 Geschlecht: **W M**

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliar-Untersuchung
 Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

AU bis: **T T M M J J**

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag Nachreichung

IGeL-Leistung
 Eingriff § 115 b
 Hautkrebscreening

MVZ Dermatopathologie
 Prof. Dr. Kind GmbH
 Kaiserleistraße 37
 63067 Offenbach
 T + 49 (0)69. 98 97243 - 0
 F + 49 (0)69. 98 97243 - 30

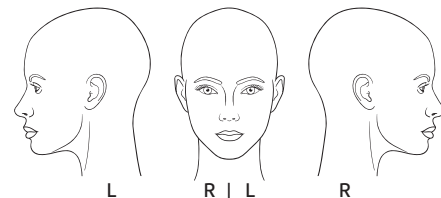
Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Muster 6 (4.2011)



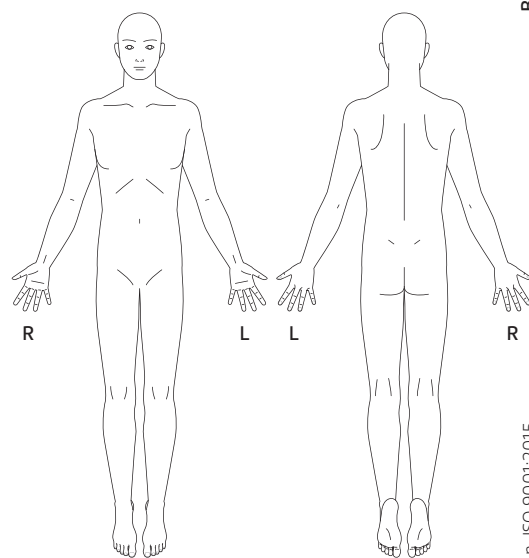
MVZ Dermatopathologie Prof. Dr. Kind GmbH
 Postfach 100454 / 63004 Offenbach
 T + 49 (0)69. 98 97243 - 0
 F + 49 (0)69. 98 97243 - 30
 sec@histologielabor.de
 www.histologielabor.de



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"/>



Lokalisation bitte mit Nummern markieren!

VORHISTOLOGIE-NR.: _____

ELISA
 Molekulardiagnostik
 Immunfluoreszenz
 Alopezie

Bitte nicht ausfüllen. Nur für laborinternen Gebrauch.

19310	19312	19315	19320
32505	40100	40144	88115

75	Porto	3854	4711	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