

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

Datum der Entnahme	Eingangsdatum									
<p>Arzt-Unterschrift / Praxis-Stempel</p> <table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Stationär</td> <td style="text-align: center;">Ambulant</td> <td style="text-align: center;">Hybrid-DRG</td> </tr> <tr> <td>Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> <td>Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> <td>Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">KVB I-III <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">α <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Ú • cœ <input type="checkbox"/> ó <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Stationär	Ambulant	Hybrid-DRG	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	KVB I-III <input type="checkbox"/>	α <input type="checkbox"/>	Ú • cœ <input type="checkbox"/> ó <input type="checkbox"/>
Stationär	Ambulant	Hybrid-DRG								
Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>	Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>								
KVB I-III <input type="checkbox"/>	α <input type="checkbox"/>	Ú • cœ <input type="checkbox"/> ó <input type="checkbox"/>								

 UNIVERSITÄTSmedizin. <small>MAINZ</small> Institut für Pathologie Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried Roth		  <small>DEUTSCHE AKKREDITIERUNGSSTELLE D-IS-13258-01-00</small>
 MVZ der Universitätsmedizin Mainz GmbH		  <small>DEUTSCHE AKKREDITIERUNGSSTELLE D-IS-21458-01-00</small>
55131 Mainz, Langenbeckstr. 1 Telefon (0 61 31) 17-35 65 Fax (0 61 31) 17-66 04		
Journalnummer		
Material (Art, Entnahmestelle)		
1. Plazenta	<input type="checkbox"/>	
2. Abortmaterial	<input type="checkbox"/>	
3. Föt	<input type="checkbox"/>	
4. Nachcurettagematerial	<input type="checkbox"/>	
5. Sonstiges	<input type="checkbox"/>	

Begutachtungsauftrag für patho-morphologische Untersuchung von Schwangerschaftsmaterial

Untersuchungsgut:	
Schwangerschaftswoche:	
Klinische Diagnose:	
Cytogenetische Untersuchungen gewünscht:	ja* <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Die Obduktion des Kindes durch die Mutter / Eltern genehmigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Die Nutzung von Überschussmaterial (kleine Gewebsprobe) durch die Mutter genehmigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Unterschrift der Mutter / Eltern (fetale Untersuchungen) (Name in Druckbuchstaben)	Unterschrift des beauftragenden Arztes (Name in Druckbuchstaben, Tel.-Nr.)

*) Eine pathologisch –anatomische sowie cytogenetische Analyse kann nur dann durchgeführt werden, wenn eine schriftliche Bestätigung (Zusage der Kostenübernahme) vorliegt.

Klinische Angaben:
Auffällige pränatale Befunde: ja <input type="checkbox"/> (Bitte Kopie beilegen) nein <input type="checkbox"/>
Zustand nach Abortinduktion/Geburtseinleitung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Medikamentöse und infektiöse Anamnese: _____
Auffälligkeiten der Familienanamnese: _____
Frauenarzt/Ärztin der Patientin mit Tel.-Nr: _____