



001008099

Institut für Pathologie

Univ.-Prof. Dr. med. Wilfried Roth
 Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz
 Telefon +49(0)6131 17 – 3565
 Telefax +49(0)6131 17 – 6604

MAINZ

Datum der Entnahme:			Eingang:															
Personalien (SAP-Patientenetikett mit Barcode)			Schnellschnitt: Ja <input type="checkbox"/>															
			Rückrufnummer:															
			Material / Lokalisation:															
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">Stationär</th> <th style="text-align: center;">Ambulant</th> <th style="text-align: center;">Hybrid-DRG</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Kasse <input type="checkbox"/> Privat <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"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">KVB I-III <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Q <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Ú • cOE <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Ó <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		KVB I-III <input type="checkbox"/>	Q <input type="checkbox"/>	Ú • cOE <input type="checkbox"/>	Ó <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 60px;"></td> <td style="width: 50%; height: 60px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; height: 60px;"></td> <td style="width: 50%; height: 60px;"></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"/>	Q <input type="checkbox"/>	Ú • cOE <input type="checkbox"/>	Ó <input type="checkbox"/>															
ABSENDER:			Klinische Diagnose / Fragestellung:															
Station _____ Telefon _____ _____ <small>Arzt Unterschrift</small>			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 60px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 60px;"></td> </tr> </table>															
Bekannte Tumore bzw. Malignome / relevante Vorbefunde:																		