Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

♀☐ ♂☐

Einsender:

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein · Campus Kiel
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Direktor: Prof. Dr. Stephan Weidinger
24105 Kiel, Arnold-Heller-Straße 3, Haus C
Anlieferung: 4. OG, Raum 016

Befundauskunft: ☎ (0431) 500 - 21360
Fax: (0431) 500 - 21188

Histologie-Nr.:

Datum der Entnahme: _____

Hautkrebsscreening ☐

Antrag auf Histologische Untersuchung

Nexus Barcode

Lokalisation der Exzision

Capillitium	☐	Abdomen	☐	**links**	**rechts**
Gesicht	☐	Rücken	☐	☐	☐
Hals	☐	Leiste	☐		
Oberarm	☐	Gluteal	☐	**ventral**	**dorsal**
Unterarm	☐	Oberschenkel	☐	☐	☐
Hand	☐	Unterschenkel	☐		
Schulter	☐	Fuß	☐		
Brust	☐	_____			

Freitext / Zeichnung

Entnahme: ☐ Exzision ☐ Nachexzision ☐ PE
☐ Curettage ☐ Stanz-Exzision ☐ Shave-Biopsie

Klinische Diagnose / DD: _____

_____

Klinischer Befund / Vortherapien / Komorbiditäten: _____

_____

_____

Befund: