

Für Barcode bitte freilassen	1
	2
	3
Eingang im Labor	4
	5
	6
Überweisungsschein fehlt <input type="checkbox"/>	

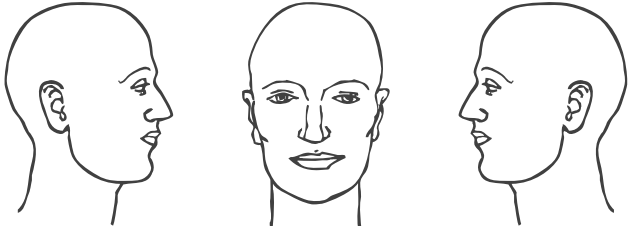
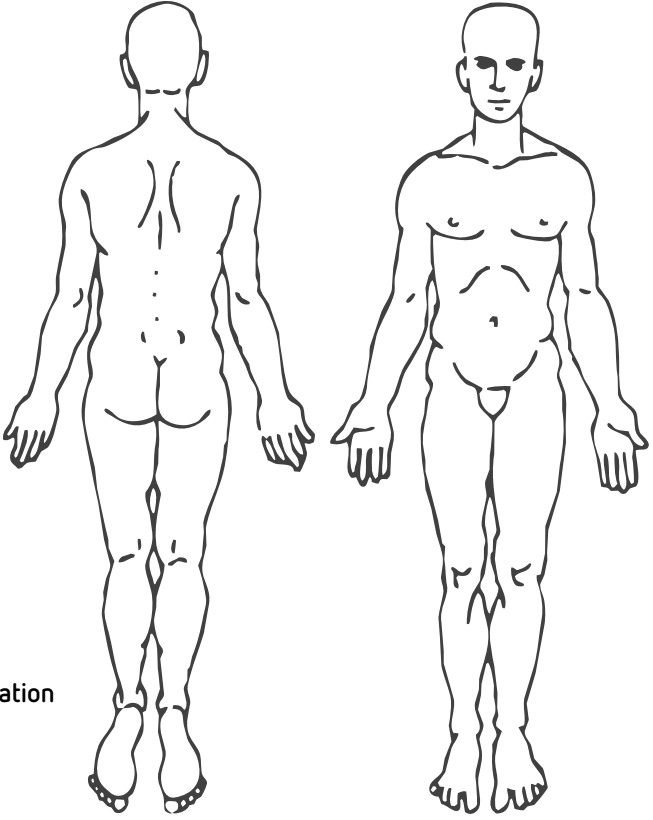
Name, Vorname des Versicherten			geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum	

Einsender (Praxisstempel, Name Arzt, Telefon, Station):

Datum, Unterschrift _____

Anamnese, Bestandsdauer, Befund, Verteilungsmuster:

Vorhistologie-Nr.: _____ IGEL HKS



Bitte Lokalisation markieren

Präp.	Lokalisation/Verdachtsdiagnose	Entnahmetechnik	Dieser Bereich ist nur vom Labor auszufüllen
I		Totalexzision <input type="checkbox"/> Shave-Exzision <input type="checkbox"/> Shave-Biopsie <input type="checkbox"/> Probebiopsie <input type="checkbox"/> Kürretage <input type="checkbox"/>	
II		Totalexzision <input type="checkbox"/> Shave-Exzision <input type="checkbox"/> Shave-Biopsie <input type="checkbox"/> Probebiopsie <input type="checkbox"/> Kürretage <input type="checkbox"/>	
III		Totalexzision <input type="checkbox"/> Shave-Exzision <input type="checkbox"/> Shave-Biopsie <input type="checkbox"/> Probebiopsie <input type="checkbox"/> Kürretage <input type="checkbox"/>	
IV		Totalexzision <input type="checkbox"/> Shave-Exzision <input type="checkbox"/> Shave-Biopsie <input type="checkbox"/> Probebiopsie <input type="checkbox"/> Kürretage <input type="checkbox"/>	
V		Totalexzision <input type="checkbox"/> Shave-Exzision <input type="checkbox"/> Shave-Biopsie <input type="checkbox"/> Probebiopsie <input type="checkbox"/> Kürretage <input type="checkbox"/>	