

Auftrag zur Diagnose (Pathologie)
Nachweis und Klassifizierung von Amyloid

Formular 1 B

Patient <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.
Vorname:.....
Nachname:.....
geb. am:
Adresse (bei Privat-Patient):.....
.....
.....

Beiliegende Gewebeproben:
Ihre E-No.:.....
Organ(e):.....
.....
<input type="checkbox"/> Paraffinleerschnitte (20 Stück)
<input type="checkbox"/> Paraffin Block
<input type="checkbox"/> Gewebe (bzw. Fettgew.) in Formalin
<input type="checkbox"/>Fettgewebe, gepresst, 4 Objektträger
<input type="checkbox"/> Sonstiges:.....
.....

Behandlung: stationär ambulant

Auftrag wird erteilt für:

- Kongorotfärbung zum Nachweis von Amyloid
- Immunhistochemische Untersuchung und Klassifizierung des Amyloids und anderer Proteindeposits
- Sonstiges:.....

Kosten werden übernommen von:

- Auftraggeber (Klinik/Krankenhaus/Institut/Praxis)
- Privat-Patient
- Sonstige:.....

Wir berechnen unsere Leistungen nach der Dtsch. Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ.

Auftraggeber:

Stempel:	<u>Adresse:</u>
	Vorname, Name:
	Institution:
	Straße:
	PLZ-Stadt:.....
	(Land):.....
Datum:.....	Unterschrift:.....