

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft

## Untersuchungsantrag Dermatohistopathologie

Prof. Dr. med. Michael Tronnier  
 Klinik für Dermatologie, Venerologie  
 und Allergologie  
 Helios Klinikum Hildesheim  
 Senator-Braun-Allee 33  
 31135 Hildesheim  
 Tel.: 05121 / 894-2802 Fax: 05121 / 894-2805  
 e-mail: dermapath.hildesheim@helios-gesundheit.de

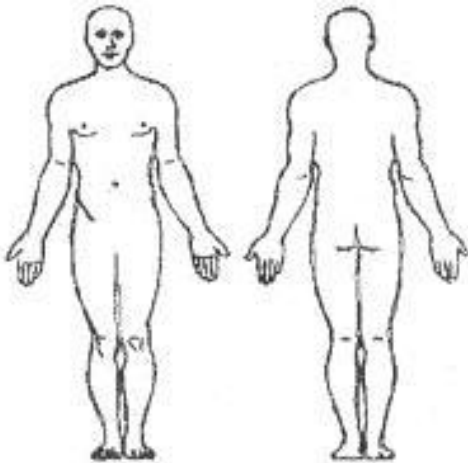
### Eingang:

E-Nr.: .....

E-Datum: .....

- Ambulant   
 stationär   
 Privat   
 HKS   
 Konsil Stat. ....

Lokalisation	Total- exz.	Teilexz. / PE	Skalpell	Stanze	(Ring) Kürette / Löffel	Shave/ Flachex- zision	sonst.	vom Labor auszufüllen	Ziffer	Anzahl
									1	
									19312	
2									19313	
									19315	
3									19320	
									4800	
4									4802	
									4811	
5									4815	
									4816	
Klinischer Befund / Anamnese: (Skizze unseitig)								OP-Datum:		
Verdachtsdiagnose(n):								Stempel und Unterschrift Einsendende(r) Ärztin / Arzt		
Vorhistologie:										



Weitere Angaben zur Anamnese / Klinik

wird von Labor ausgefüllt

Makroskopie:

1.

2.

3.

4.

