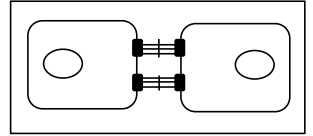


# Dermatopathologie bei Mainz

Prof. Dr. med. Klaus G. Griewank  
 Postfach 1253 / 55268 Nieder-Olm  
 Tel (06136) 7626994 / Fax 814353  
 E-Mail: info@dermpath-mainz.de

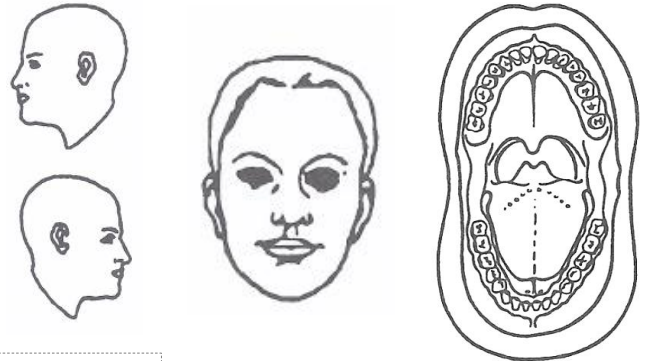


*Gepunktetes Areal wird in den Befund übernommen*

Totalex  Nachex  Teilex  PE  Curretage  DIF  Eilt  Fax  apikal  gingival  paradontal   
 zahnlos  radikulär  follikulär

oben rechts														oben links					
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28				
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38				
unten rechts														unten links					

Klinische Angaben:



Vorhisto-Nr:

HKS: ja  nein

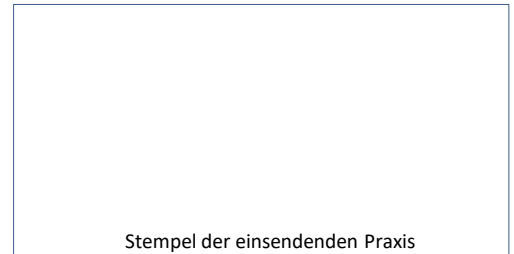
Datum:

*Bitte freihalten für Barcode*

Kürzel / Unterschrift Arzt

## Bitte nicht ausfüllen - Laborinformationen

Stufenschnitte				Immunhistochemie			
S1		S3		Mel-A		BerEP4	CD3
S2		S4		S100		EMA	CD4
<b>Spezialfärbungen</b>				Sox10		CEA	CD8
PAS		Elast.		HMB45		Aktin	CD20
PAS-A.		EVG		MIB		FXIIIa	CD30
Groc.		Congo		pHH3		Desm.	CD31
Giem.		Kossa		CK		Vim.	CD34
Gram		Eisen		CK5/6		Trep.P	CD63
Fite		Toluid.		CK7		HHV8	CD68
				CK20		Podo	CD79a



Stempel der einsendenden Praxis  
*Späterer Befund zeigt Kürzel, nicht Stempel*

100	10	12	15	20	13	420	75
00E	00	02	15	15A	10	16	

**Spezielle Labor-Anforderungen:**