

Begutachtungsauftrag Hepatopathologie

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Quartal

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß §116 b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überweisung an _____							
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchungen	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis				
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V							



PATHOLOGIE TRIER

Histologie, Zytologie, Molekulare Diagnostik.

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung



Befund/Medikation

<p>Basisinformationen</p> <p>Blindpunktion <input type="checkbox"/></p> <p>sonogest. LP <input type="checkbox"/> CT-gest. <input type="checkbox"/> Mini-Lap <input type="checkbox"/></p> <p>Leberzirrhose: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> inkomplett <input type="checkbox"/></p> <p>Hepatitis/Infektionen</p> <p>Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p> <p>Autoimmune Hep <input type="checkbox"/></p> <p>seropos. <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/></p> <p>weitere: viral <input type="checkbox"/> bakteriell <input type="checkbox"/></p> <p>parasitär: Schistosomiasis/Malaria</p> <p>Gallenwege</p> <p>Steinleiden ja <input type="checkbox"/> Lokalisation _____</p> <p>akute <input type="checkbox"/> / chronische <input type="checkbox"/> Entzündung</p> <p>PSC <input type="checkbox"/> PBC <input type="checkbox"/> overlap/autoimmun <input type="checkbox"/></p> <p>ITBL <input type="checkbox"/> GvHD <input type="checkbox"/></p> <p>andere <input type="checkbox"/></p> <p>Cholangiografiebef. _____</p> <p>Tumorleiden</p> <p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> HCC <input type="checkbox"/> CCC <input type="checkbox"/></p> <p>Metastase <input type="checkbox"/> Primarius _____</p> <p>Adenom <input type="checkbox"/> FNH <input type="checkbox"/> Regeneratknoten <input type="checkbox"/></p>	<p>Medikamentenanamnese</p> <p>_____</p> <p>Alkohol: ja <input type="checkbox"/></p> <p>Labor o.p.B. <input type="checkbox"/></p> <p>Bili ges: _____ direkt: _____</p> <p>AP _____ GOT _____ GPT _____ GGT _____</p> <p>HBs-AG <input type="checkbox"/> AntiHBs <input type="checkbox"/> AntiHBc <input type="checkbox"/></p> <p>HBe-AG <input type="checkbox"/> Anti-HAV-IgM <input type="checkbox"/></p> <p>Anti-HCV <input type="checkbox"/> HCV-RNA <input type="checkbox"/></p> <p>Autoantikörper <input type="checkbox"/></p> <p>AMA-2 <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> LKM <input type="checkbox"/> p-ANCA <input type="checkbox"/></p> <p>Transplantatleber</p> <p>Rejektion <input type="checkbox"/></p> <p>Reinfektion HCV: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Immunsuppression</p> <p>Kortikoide <input type="checkbox"/> Cycl. <input type="checkbox"/> Tacr. <input type="checkbox"/></p> <p>Medikamentenumstellung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>V. a. med.-tox. Schaden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
---	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
Schnellschnitte	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
H&E/AicPAS	
H&E/AicPAS/MB	
Eisen	
Giemsa	
Kongo	
EvG/vG	
Alcian/PAS	
Spezial	
Immun	
Entkalkung	
Restmaterial	

<p>Schnellschnitt <input type="checkbox"/></p> <p>Schnelleinbettung <input type="checkbox"/></p> <p>Befund per Fax <input type="checkbox"/></p> <p>Faxnummer: _____</p> <p>Telefon: _____</p>	<p>BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!</p> <p>AMBULANT <input type="checkbox"/> STATIONÄR <input type="checkbox"/></p> <p>oder</p> <p>BELEGARZT <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/></p> <p>oder</p> <p>Hybrid DRG <input type="checkbox"/> ärztl. Wahlleistung <input type="checkbox"/></p> <p>Angabe Hybrid-Nr.: _____</p>
--	---

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH
 Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich
 Ärztliche Leiter:
 Prof. Dr. med. Torsten Hansen · PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto
 Geschäftsführung:
 Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen · Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann
 PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto · Dr. rer. nat. Petra Wandernoth (Sprecherin der Geschäftsführung)
 Max-Planck-Str. 5 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier
 Tel.: 0651 / 948710 · Fax: 0651 / 948711234 · Email: praxis@patho-trier.de / Hotline für Transportdienstleistungen: 0800 / 1110012

<p>Leistungserfassung: K <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/></p> <p>(vom Pathologen auszufüllen)</p> <p>19310 [] 19312 [] 4800 [] 4815 []</p> <p>19317 [] 19319 [] 4801 [] 4815A []</p> <p>19320 [] 19321 [] 4802 [] 4815AZ []</p> <p>19322 [] 01743 [] 4852 [] pp []</p> <p>40090 / 40092 / 40094 []</p> <p>S []</p> <p style="text-align: center;">[] [] [] [] [] [] [] [] [] []</p> <p style="text-align: center;">F Z M R Radio Regr.</p>	<p>Angaben Histo:</p> <p>(vom Pathologen auszufüllen)</p> <p>_____ []</p> <p>Foto []</p> <p>+ POL []</p> <p>+ RR []</p> <p>+ Material []</p> <p>+ Morpho []</p>
---	--

Eingangsdatum

(vom Pathologen auszufüllen)