

# Begutachtungsauftrag Dermatopathologie

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



**PATHOLOGIE TRIER**

Histologie, Zytologie, Molekulare Diagnostik.



**Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung**

<input type="checkbox"/> Plattenepithelkarzinom	<input type="checkbox"/> Basalzellkarzinom	<input type="checkbox"/> Aktinische Keratose
<input type="checkbox"/> Dysplastischer Nävus	<input type="checkbox"/> Melanom	<input type="checkbox"/> Lentigo maligna
<input type="checkbox"/> Entzündliche Dermatose		

**Befund/Medikation**


Hautkrebscreening     DD Ekzem / Psoriasis (PsorX Test)

Bilddokumentation auf der Rückseite ➡ b.w.

**Auftrag - Material (Art, Entnahme, Anzahl etc.)**

Exzision    Stanze    Shave    Curettage    Elektrokaustik

1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<b>Materialannahme</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Erfassen</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Zuschnitt</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Labor</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Pathologe</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Schnellschnitte</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Blöcke</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Ausstriche</b>	<input type="checkbox"/>
<b>H&amp;E</b>	<input type="checkbox"/>
<b>PAS</b>	<input type="checkbox"/>
<b>H&amp;E/PAS</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Eisen</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Giemsa</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Kongo</b>	<input type="checkbox"/>
<b>EvG/vG</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Alcian-PAS</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Spezial</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Immun</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Entkalkung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Restmaterial</b>	<input type="checkbox"/>

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

**Leistungserfassung: K**  **P**  **S**   
(vom Pathologen auszufüllen)

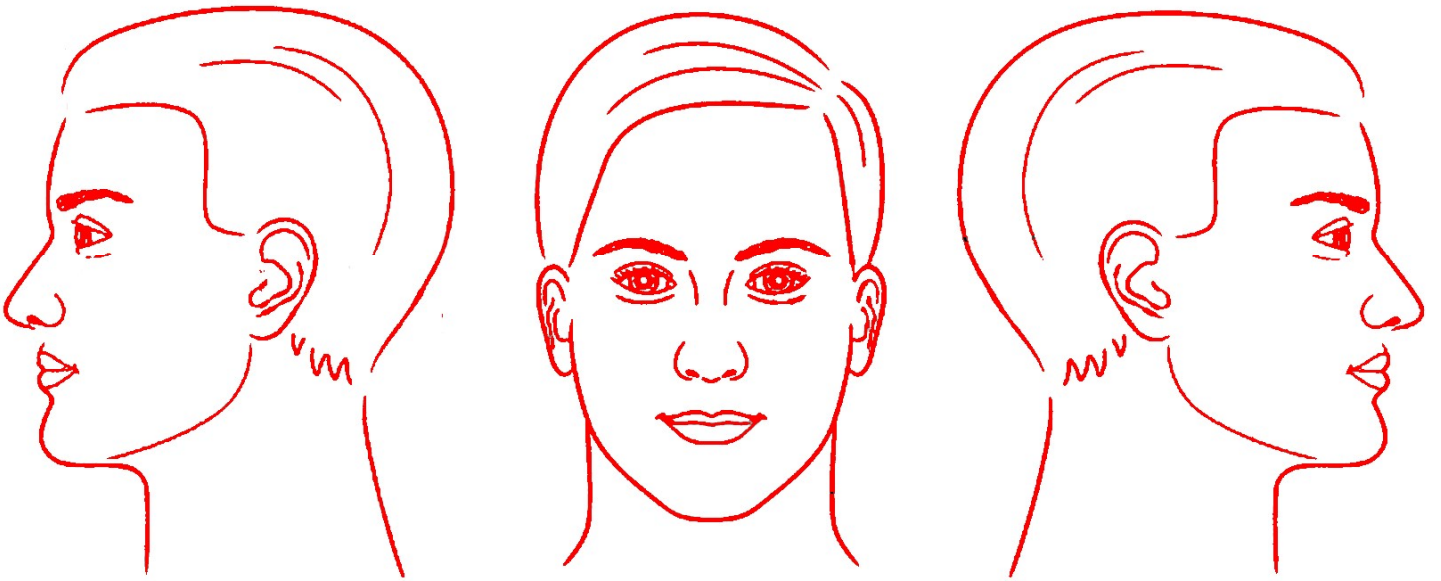
19310 [ ]	19312 [ ]	4800 [ ]	4815 [ ]
19320 [ ]	19315 [ ]	4801 [ ]	4815A [ ]
19322 [ ]	19321 [ ]	4802 [ ]	4815AZ [ ]
S [ ]	_____ [ ]	4852 [ ]	pp [ ]
	40100 [ ]		
	4815 / 4802 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		
	S F Z M R Radio Regr.		

**Angaben Histo:**  
(vom Pathologen auszufüllen)

_____ [ ]
Foto [ ]
+ POL [ ]
+ RR [ ]
+ Material [ ]
+ Morpho [ ]

**Eingangsdatum**  
(vom Pathologen auszufüllen)

Barcode



Bitte jede Entnahmelokalisation mit Nr. einzeichnen!

