

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"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen | Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Überweisung an <input type="text"/> | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen | <input type="checkbox"/> Konsiliar-untersuchungen | <input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung | AU bis <input type="text"/> | | |
| <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Entzündliche Dermatose |

Befund/Medikation

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Schnellschnitt

Schnelleinbettung

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT **STATIONÄR**

oder **BELEGARZT** **Regelleistung**

oder **ärztl. Wahlleistung**

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)

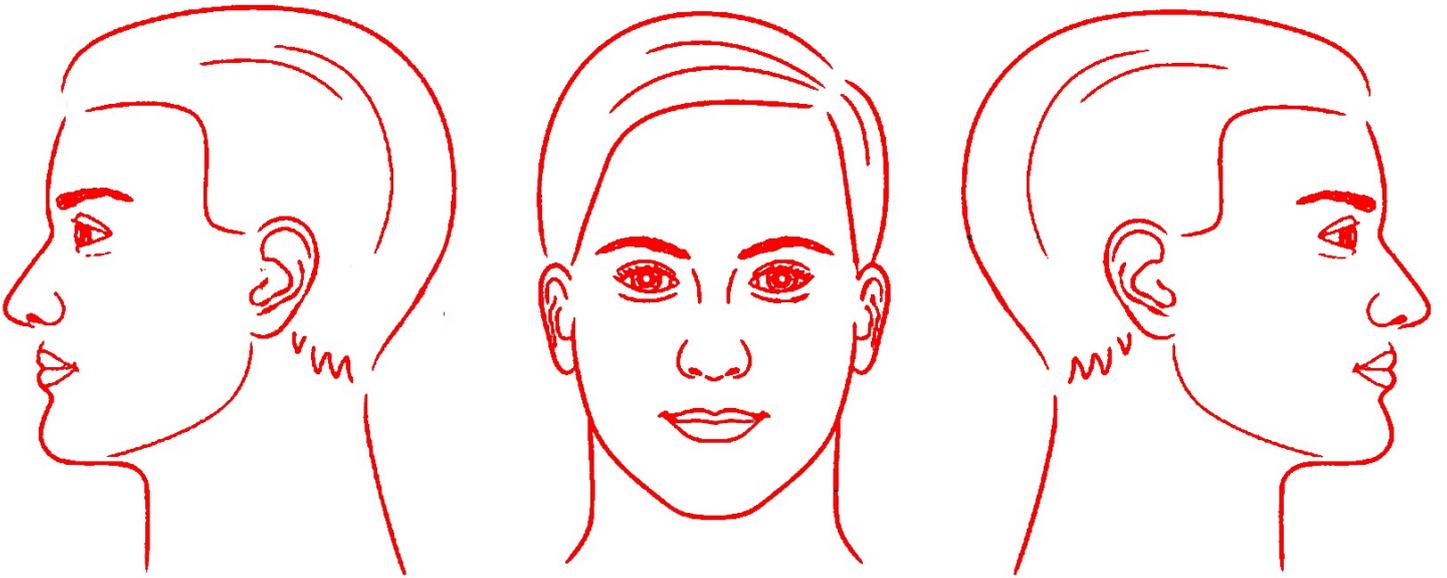
| | | | |
|-----------|---|----------|------------|
| 19310 [] | 19312 [] | 4800 [] | 4815 [] |
| 19320 [] | 19315 [] | 4801 [] | 4815A [] |
| 19322 [] | 19321 [] | 4802 [] | 4815AZ [] |
| S [] | _____ [] | 4852 [] | pp [] |
| | 40100 [] | | |
| | 4815 / 4802 [] [] [] [] [] [] [] [] | | |
| | S F Z M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

Angaben Histo:
(vom Pathologen auszufüllen)

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

Eingangsdatum
(vom Pathologen auszufüllen)

Barcode



Bitte jede Entnahmelokalisation mit Nr. einzeichnen!

