

Begutachtungsauftrag Gelenkpathologie

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Quartal

Kurativ Präventiv Behndl. gemäß §116 b SGB V bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallsfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchungen Mit-/Weiterbehandlung AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V



PATHOLOGIE TRIER

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

Befund/Medikation

Lokalisation

Neosynovialis/SLIM periprothetische Membran

ossär periimplantär extraartikulär

Prothesentyp/Implantationstyp/Gleitpaarung

Prothesentyp/Hersteller:

epiphysär metaphysär meta-diaphysär diaphysär

zementiert nicht-zementiert

Material/Materialkombination:

Implantationszeitpunkt

Mikrobiologischer Befund: negativ Gram + / - Tbc Mykose

Allergologischer Befund:

Radiologische Defekt-Klassifikation:

Implantatmigration: <0,2mm >1 bis 2mm > 2mm

Ossäre Defekte: kavitär segmental kortikal metaphysär

Klinische Defektklassifikation:

Fehlstellung Luxation Subluxation Fraktur Arthrofibrose

Scapular notching

Gelenkinstabilität Neurologische/funktionelle Beschwerden

Rheumatische Erkrankungen

Rheumatoide Arthritis Arthrose Pseudogicht

Metabolische/hormonelle Störungen

Diabetes mellitus Gicht Osteoporose Parathormonstörungen

Andere Erkrankungen: Wundheilungsstörung Niereninsuffizienz PAVK

BMI: Mikrofotografische Befunddokumentation erwünscht

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Schnellschnitt

Schnelleinbettung

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT **STATIONÄR**

oder

BELEGARZT **Regelleistung**

oder

ärztl. Wahlleistung

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

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 [] | 19321 [] | 4801 [] | 4815A [] |
| 19322 [] | _____ [] | 4802 [] | 4815AZ [] |
| 01743 [] | 40100 [] | 4852 [] | pp [] |
| S [] | | | |

4815 / 4802 [] [] [] [] [] [] [] []

F Z M R Radio Regr.

Angaben Histo:

(vom Pathologen auszufüllen)

_____ []

Foto []

+ POL []

+ RR []

+ Material []

+ Morpho []

Eingangsdatum

(vom Pathologen auszufüllen)