

Begutachtungsauftrag Hepatopathologie

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Quartal

Kurativ Präventiv Behandl. 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

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Geschlecht

AU bis



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>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

Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)

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. 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 []