

Begutachtungsauftrag Nieren-Biopsien

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
 Konsiliar-untersuchungen
 Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

AU bis



Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung



Befund/Medikation

Urin	<u>Klinische Diagnose:</u>	
<input type="checkbox"/> g/d Proteinurie		
<input type="checkbox"/> Hämaturie		
<input type="checkbox"/> Leukozyturie		
<input type="checkbox"/> hyaline Zylinder	<u>Beginn der Erkrankung:</u>	
<input type="checkbox"/> granulierte Zylinder		
Serum	<u>Klinische Erscheinung/Fragestellung:</u>	
<input type="checkbox"/> mg% Harnstoff		
<input type="checkbox"/> mg% Kreatinin		
<input type="checkbox"/> Kreatinin Clearance		
<input type="checkbox"/> g% Gesamteiweiß	<u>Ultraschall:</u>	
<input type="checkbox"/> % Albumin		
<input type="checkbox"/> % α1		
<input type="checkbox"/> % α2		
<input type="checkbox"/> % β		
<input type="checkbox"/> % γ		
<input type="checkbox"/> ANCA's	<u>Blutdruck:</u> _____ / _____	
<input type="checkbox"/> LE		

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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 <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> (vom Pathologen auszufüllen) 19310 [] 19312 [] 4800 [] 4815 [] 19320 [] 19321 [] 4801 [] 4815A [] 19322 [] _____ [] 4802 [] 4815AZ [] 01743 [] 40100 [] 4852 [] pp [] S [] 4815 / 4802 [] [] [] [] [] [] [] [] S F Z M R Radio Repr.	Angaben Histo: (vom Pathologen auszufüllen) _____ [] Foto [] + POL [] + RR [] + Material [] + Morpho []
---	---

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

Eingangsdatum
 (vom Pathologen auszufüllen)