

# Begutachtungsauftrag Nieren-Biopsien

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"/> Behndl. 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					



## Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung



## Befund/Medikation

<b>Urin</b>	
	g/d Proteinurie
	Hämaturie
	Leukozyturie
	hyaline Zylinder
	granulierte Zylinder
<b>Serum</b>	
	mg% Harnstoff
	mg% Kreatinin
	Kreatinin Clearance
	g% Gesamteiweiß
	% Albumin
	% α1
	% α2
	% β
	% γ
	ANCA's
	LE

Klinische Diagnose:

Beginn der Erkrankung:

Klinische Erscheinung/Fragestellung:

Ultraschall:

Blutdruck: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<b>Materialannahme</b>	
<b>Erfassen</b>	
<b>Zuschnitt</b>	
<b>Labor</b>	
<b>Pathologe</b>	
<b>Schnellschnitte</b>	
<b>Blöcke</b>	
<b>Ausstriche</b>	
<b>H&amp;E</b>	
<b>PAS</b>	
<b>H&amp;E/AicPAS</b>	
<b>H&amp;E/AicPAS/MB</b>	
<b>Eisen</b>	
<b>Giemsa</b>	
<b>Kongo</b>	
<b>EvG/vG</b>	
<b>Alcian/PAS</b>	
<b>Spezial Immun</b>	
<b>Entkalkung</b>	
<b>Restmaterial</b>	

<b>Schnellschnitt</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Schnelleinbettung</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Befund per Fax</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Faxnummer:</b>	_____
<b>Telefon:</b>	_____

**BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!**

<b>AMBULANT</b>	<input type="checkbox"/>	<b>STATIONÄR</b>	<input type="checkbox"/>
oder			
<b>BELEGARZT</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Regelleistung</b>	<input type="checkbox"/>
		oder	
		<b>ärztl. Wahlleistung</b>	<input type="checkbox"/>

**MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH**  
 Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich  
 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 (Ärztlicher Leiter) · Dr. rer. nat. Petra Wandernoth  
 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 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 S F Z M R Radio Regr.

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

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

**Eingangsdatum**  
 (vom Pathologen auszufüllen)