

# Begutachtungsauftrag Prostatapathologie

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 Unfallfolgen    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**



RECHTS		LINKS
1 RFL1		7 LFL1
2 RFL2		8 LFL2
3 RA 2		9 LA2
4 RB		10 LB
5 RM		11 LM
6 RA1		12 LA1

Tastbefund: auffällig [ ] unauffällig [ ] \_\_\_\_\_

PSA (ng/ml): \_\_\_\_\_

Ultraschall/MR: \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
Schnellschnitte	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
H&E/AlcPAS	
H&E/AlcPAS/MB	
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**     oder **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 [ ]	19321 [ ]	4801 [ ]	4815A [ ]
19322 [ ]	_____ [ ]	4802 [ ]	4815AZ [ ]
01743 [ ]	40100 [ ]	4852 [ ]	pp [ ]

S [ ]

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

F    Z    M    R    Radio    Regr.