

Begutachtungsauftrag HNO

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

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V



PATHOLOGIE TRIER

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

Auftrag – Material (Art, Entnahme, Anzahl etc.)

Bilddokumentation auf der Rückseite ➡ b.w.

1.	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
2.	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
3.	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
4.	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
5.	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
6.	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
7.	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
8.	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
9.	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
10.	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
11.	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
12.	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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. 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 Transortdienstleistungen: 0800 / 1110012

Leistungserfassung: K **P** **S**

(vom Pathologen auszufüllen)

19310 []	19312 []	4800 []	4815 []
19320 []	19321 []	4801 []	4815A []
19322 []	_____ []	4802 []	4815AZ []
40144 []	40100 []	4852 []	pp []
01743 []			
S []	4815 / 4802	[] [] [] [] [] []	[] [] [] []
		F Z M R	Radio Regr.

Angaben Histo:
(vom Pathologen auszufüllen)

_____ []

Foto []

+ POL []

+ RR []

+ Material []

+ Morpho []

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	
Eingangsdatum	
<small>(vom Pathologen auszufüllen)</small>	

Barcode

Bitte jede Entnahmelokalisation mit Nr. einzeichnen!

