

Begutachtungsauftrag Lungenpathologie

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 Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchungen
 Mit-/Weiterbehandlung
 AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V



PATHOLOGIE TRIER

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

Befund/Medikation

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

1.		11.
2.		12.
3.		13.
4.		14.
5.		15.
6.		16.
7.		17.
8.		18.
9.		19.
10.		20.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme

Erfassen

Zuschnitt

Labor

Pathologe

Schnellschnitte

Blöcke

Ausstriche

H&E

PAS

H&E/PAS

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

oder
BELEGARZT

STATIONÄR

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

Angaben Histo:

(vom Pathologen auszufüllen)

_____ []

Foto []

+ POL []

+ RR []

Ö+C []

A+C []

+ Material []

+ Morpho []

Leistungserfassung

(vom Pathologen auszufüllen)

19310 [] 19312 [] 4800 [] 4815 []

19320 [] 19321 [] 4801 [] 4815A []

19322 [] _____ [] 4802 [] 4815AZ []

01743 [] 40100 [] 4852 [] pp []

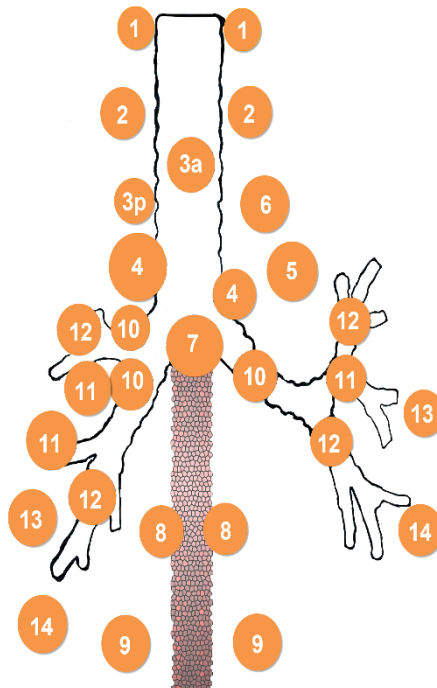
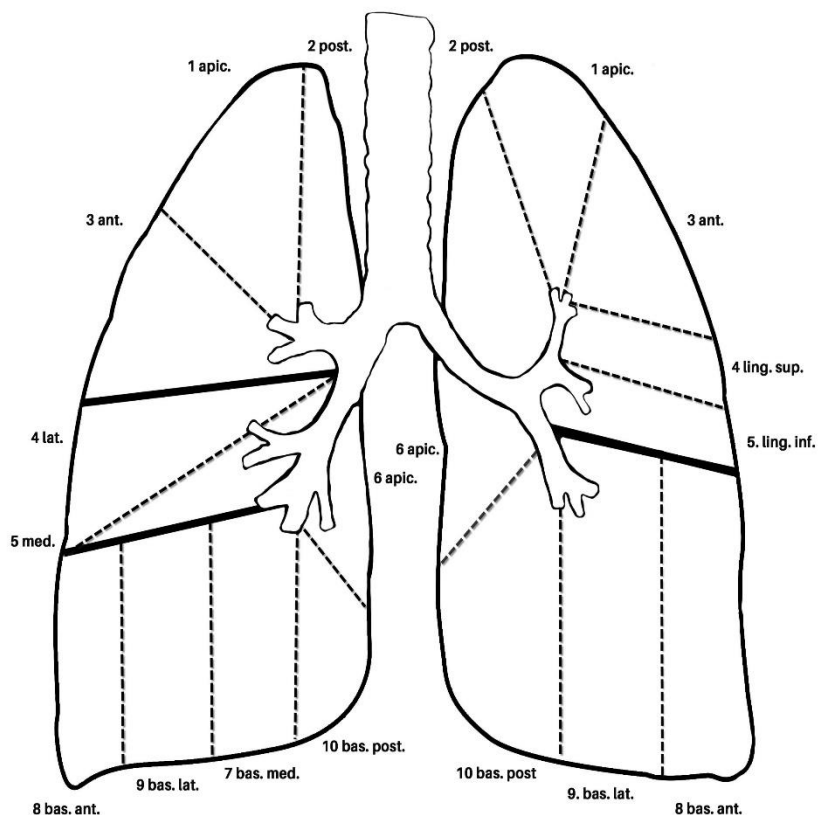
S []

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

F Z M R Radio Regr.

ENDOSKOPISCHER BEFUND

Barcode



Radiologie (spez. HR-CT, ggf. Befund beilegen):

Anamnese

Rauchen (packyears): _____

Aktiv Ex (bis _____)

Berufsanamnese/Asbest: _____

TBC

Ja (_____) Nein

Allergie(n): _____

Medikament(en): _____

Aktuelle Chemotherapie: _____

Labor

Bluteosinophilie

IgE > 1.000

Rheumafaktor

ANA-Titer > 320

p-ANCA (anti-Myeloperoxidase)

c-ANCA (anti-Proteinase 3)

anti-GBM

Sonstige auffällige Ak: _____

Mikrobiologie (Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten): _____