

# Begutachtungsauftrag Mammapathologie

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="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<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				



**PATHOLOGIE TRIER**

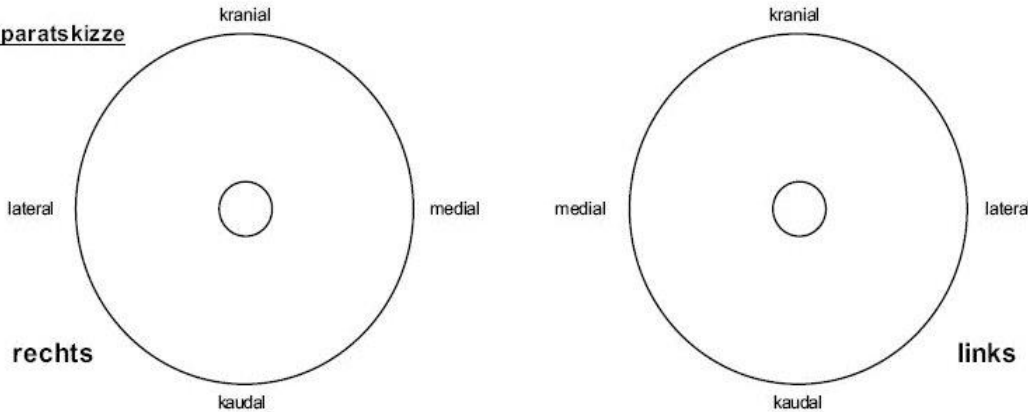
Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



## Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
1. <input type="text"/>	4. <input type="text"/>
2. <input type="text"/>	5. <input type="text"/>
3. <input type="text"/>	6. <input type="text"/>

## Präparatskizze



### Fadenmarkierungen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> doppelt lang = mamillennah | <input type="checkbox"/> doppelt kurz = thoraxwandfern |
| <input type="checkbox"/> einfach lang = peripher    | <input type="checkbox"/> andere:                       |

### Angaben:

- |           |   |         |   |
|-----------|---|---------|---|
|           | Ja / Nein   |         | Ja / Nein   |
| Stanze    | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | BET     | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Mammotom  | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | Ablatio | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| Mikrokalk | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |         |   |

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## Materialannahme

Erfassen

Zuschnitt

Labor

Pathologe

## Schnellschnitte

Blöcke

Ausstriche

H&E

PAS

H&E/PAS

H&E/PAS/MB

Eisen

Giemsa

Kongo

EvG/vG

Alcian/PAS

Spezial

Immun

Entkalkung

Restmaterial

Eingangsdatum

(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

## 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.

## Angaben Histo:

(vom Pathologen auszufüllen)

\_\_\_\_\_ [ ]

Foto [ ]

+ POL [ ]

+ RR [ ]

+ Material [ ]

+ Morpho [ ]