

Begutachtungsauftrag Rheumapathologie

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname des Versicherten _____ geb.am _____

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____

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

Quartal

Geschlecht

AU bis

**PATHOLOGIE TRIER**

Histologie, Zytologie, Molekulare Diagnostik.



Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

Befund/Medikation

Lokalisation: _____

Fragestellung: _____

TNF-Antagonist anderes Biologikum: _____

MTX Leflunomid andere DMARDs: _____

Vaskulitisdiagnostik
cutan _____ visceral _____ makrovaskulär _____

c-ANCA p-ANCA Anti-ds-DNA-AK HBV HCV

Synovialbiopsie/-ektomie
RA Psoriasis Bechterew Reaktive Arthritis Osteoarthritis

Rheumafaktor positiv Anti-CCP positiv

Metabolische Erkrankung (Gicht, Pseudogicht, tumoröse Kalzinose)

Mikrobiologischer Befund _____

Tendopathie / Meniscopathie / Bursitiden
Z.n. Trauma Zeitraum _____ Z. n. Sehnenplastik Bursitis

Tumoren / Tumorähnliche Veränderungen
Lokalisation _____ radiol. Bef.: _____

Knochenerkrankungen
Klinische Diagnose/Knochendichte _____

Osteomalazie Entzündung Infektion Osteoporose renale Osteopathi

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

(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

Geschäftsführung:

Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen · Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. 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 []