

Begutachtungsauftrag Histopathologie

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" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
Überweisung an			<input type="text" value=""/>		
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliar-untersuchungen	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis		
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V			<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>



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.	
10.	20.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
Schnellschnitte	
Frame-Block	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
H&E/PAS	
H&E/AicPAS	
H&E/AicPAS/MB	
Eisen	
Giemsa	
Kongo	
EvG/vG	
Alcian-PAS	
Spezial/	
Immun/	
Entkalkung	
Restmaterial	

<p>Schnellschnitt <input type="checkbox"/></p> <p>Schnelleinbettung <input type="checkbox"/></p> <p>Befund per Fax <input type="checkbox"/></p> <p>Faxnummer: _____</p> <p>Telefon: _____</p>	<p style="text-align: center;">BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!</p> <p>AMBULANT <input type="checkbox"/> STATIONÄR <input type="checkbox"/></p> <p>oder</p> <p>BELEGARZT <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/></p> <p>oder</p> <p>Hybrid DRG <input type="checkbox"/> ärztl. Wahlleistung <input type="checkbox"/></p> <p>Angabe Hybrid-Nr.: _____</p>
--	---

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: K **P** **S**
(vom Pathologen auszufüllen)

19310 []	19312 []	4800 []	4815 []
19317 []	19319 []	4801 []	4815A []
19320 []	19321 []	4802 []	4815AZ []
19322 []	01743 []	4852 []	pp []
40090 / 40092 / 40094 []			
S []		[] [] [] [] [] []	
		F Z M R	Radio Repr.