

Begutachtungsauftrag Fußpathologie

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 [] [] [] [] [] [] [] []
Geschlecht [] []

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliar-untersuchungen
 Mit-/Weiterbehandlung AU bis [] [] [] [] [] [] [] []

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V



PATHOLOGIE TRIER

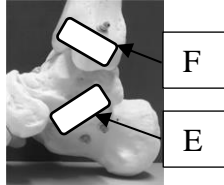
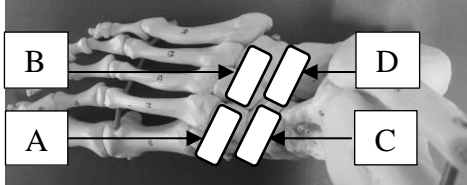
Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



Klinische Diagnose: _____

Fragestellung: _____

Entnahmeprotokoll zur Erstellung eines Histopathologischen Charcot Score/HCS
 1 = Ossäres Gewebe / 2 = Cartilaginäres Gewebe / 3 = Fibröses/Synoviales Gewebe



Entnahme abhängig von der Klassifikation nach Brodsky

- Typ I:**
Lisfrancsches Gelenk und/ oder naviculocuneiformes Gelenk, Entnahme von A1/2/3 und B1/2/3
- Typ II:**
Subtalgelenk und/oder Chopartsches Gelenk, Entnahme von C1/2/3 und D1/2/3 bzw. E 1/2/3 (subtalar)
- Typ IIIA:**
Oberes Sprunggelenk Entnahme F1/2/3

Endoprothetik /Periprothetische Membranen/Arthrofibrose

Implantationszeitpunkt _____ Prothesentyp/Gleitpaarung _____
 Mikrobiologischer Befund _____ Metall/Nickel-Allergie _____

Synovialbiopsie/-ektomie

Besteht eine Erkrankung aus dem Rheumatischen Formenkreis?

RA Psoriasis Bechterew Reaktive Arthritis Osteoarthrose

Rheumafaktor positiv: ja / nein Anti-CCP positiv: ja / nein Mikrobiologischer Befund _____

Metabolische Erkrankung (Gicht, Pseudogicht)

Tendopathie / Bursitiden

Z.n. Trauma Zeitraum _____ Z. n. Sehnenplastik Bursitis

Tumoren / Tumorähnliche Veränderungen

Lokalisation _____ radiol. Bef.: _____

Knochenerkrankungen

Klinische Diagnose/Röntgenbefund _____

Knochennekrose Osteomyelitis Low grade Infektion Osteopenie Renale Erkrankung

Schnellschnitt

Schnelleinbettung

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT

oder

BELEGARZT

STATIONÄR

Regelleistung

oder

ärztl. Wahlleistung

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

Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)

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 []