

Begutachtungsauftrag Neuropathologie

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 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

AU bis



PATHOLOGIE TRIER

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



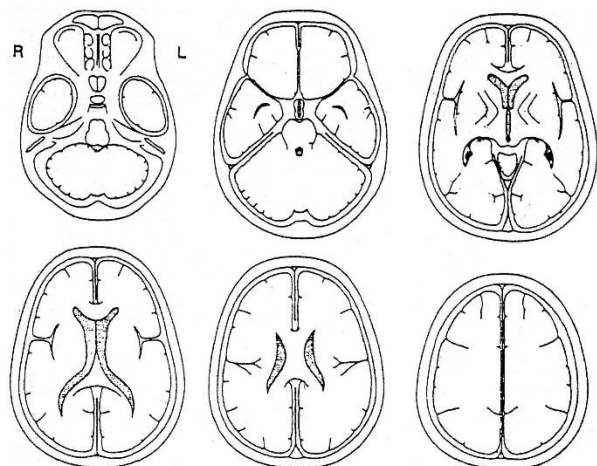
Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

Befund/Medikation

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

1.	3.
2.	4.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

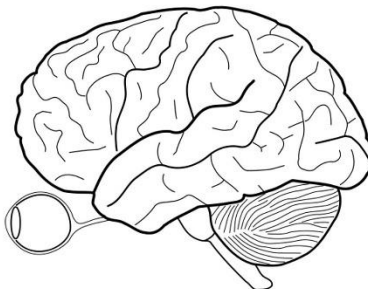


Neuroradiologischer Befund:

CT / MRT:

hypodens / hypointens – punktiert

hyperdens / hyperintens – schraffiert



Materialannahme	
Erfassen	<input type="checkbox"/>
Zuschnitt	<input type="checkbox"/>
Labor	<input type="checkbox"/>
Pathologe	<input type="checkbox"/>
Schnellschnitte	<input type="checkbox"/>
Blöcke	<input type="checkbox"/>
Ausstriche	<input type="checkbox"/>
H&E	<input type="checkbox"/>
PAS	<input type="checkbox"/>
H&E/AicPAS	<input type="checkbox"/>
H&E/AicPAS/MB	<input type="checkbox"/>
Eisen	<input type="checkbox"/>
Giemsa	<input type="checkbox"/>
Kongo	<input type="checkbox"/>
EvG/vG	<input type="checkbox"/>
Alcian/PAS	<input type="checkbox"/>
Spezial	<input type="checkbox"/>
Immun	<input type="checkbox"/>
Entkalkung	<input type="checkbox"/>
Restmaterial	<input type="checkbox"/>

Schnellschnitt Schnelleinbettung Befund per Fax Faxnummer: _____ Telefon: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold;">BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>AMBULANT <input type="checkbox"/></td> <td>STATIONÄR <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>oder</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BELEGARZT <input type="checkbox"/></td> <td>Regelleistung <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>oder</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ärztl. Wahlleistung <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	AMBULANT <input type="checkbox"/>	STATIONÄR <input type="checkbox"/>	oder		BELEGARZT <input type="checkbox"/>	Regelleistung <input type="checkbox"/>	oder			ärztl. Wahlleistung <input type="checkbox"/>
AMBULANT <input type="checkbox"/>	STATIONÄR <input type="checkbox"/>											
oder												
BELEGARZT <input type="checkbox"/>	Regelleistung <input type="checkbox"/>											
oder												
	ärztl. Wahlleistung <input type="checkbox"/>											

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 <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> <small>(vom Pathologen auszufüllen)</small> 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: <small>(vom Pathologen auszufüllen)</small> _____ [] [] Foto [] [] + POL [] [] + RR [] [] + Material [] [] + Morpho [] []
--	--

Eingang-Datum
(vom Pathologen auszufüllen)