

# Begutachtungsauftrag Neuropathologie

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

Überweisung an \_\_\_\_\_

Ausführung von Auftragsleistungen     Konsiliaruntersuchungen     Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Geschlecht

AU bis



**PATHOLOGIE TRIER**

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



**Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Befund/Medikation**

\_\_\_\_\_

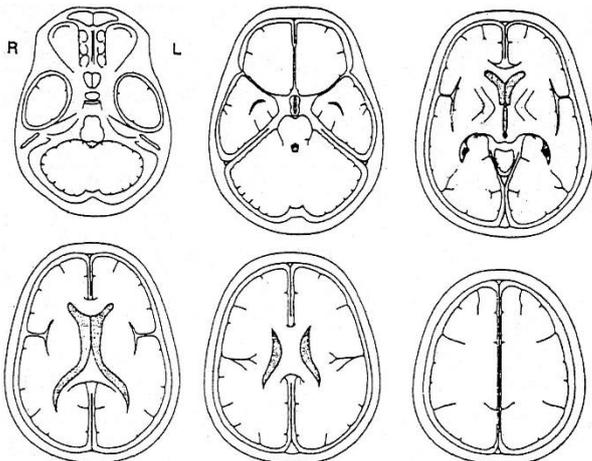
\_\_\_\_\_

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

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

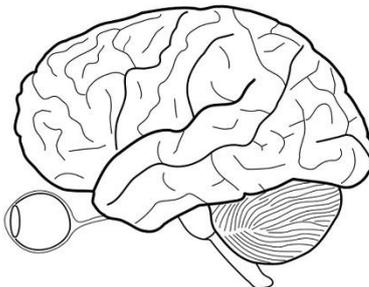
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes



**Neuroradiologischer Befund:**

CT / MRT:  
hypodens / hypointens – punktiert

hyperdens / hyperintens – schraffiert



**Materialannahme**

- Erfassen
- 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)

**Schnellschnitt**

**Schnelleinbettung**

**Befund per Fax**

**Faxnummer:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!**

**AMBULANT**     **STATIONÄR**

oder **BELEGARZT**     **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 [ ]