

# Begutachtungsauftrag Gastroenterologie-Histologie

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"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Überweisung an			<input type="text"/>		
<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"/>		



**PATHOLOGIE TRIER**

Histologie, Zytologie, Molekulare Diagnostik.



## Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

<input type="text"/>
<input type="text"/>

## Befund/Medikation

<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

1.	10.
2.	11.
3.	12.
4.	13.
5.	14.
6.	15.
7.	16.
8.	17.
9.	18.

Endoskopischer Befund – siehe Rückseite

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<b>Materialannahme</b>	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
<b>Schnellschnitte</b>	
Frame-Block	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
H&E/AicPAS	
H&E/AicPAS/MB	
Eisen	
Giemsa	
Kongo	
EvG/vG	
Alcian-PAS	
Spezial/Immun/	
Entkalkung	
Restmaterial	
<b>Eingangs-Datum</b>	
<small>(vom Pathologen auszufüllen)</small>	

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

**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)

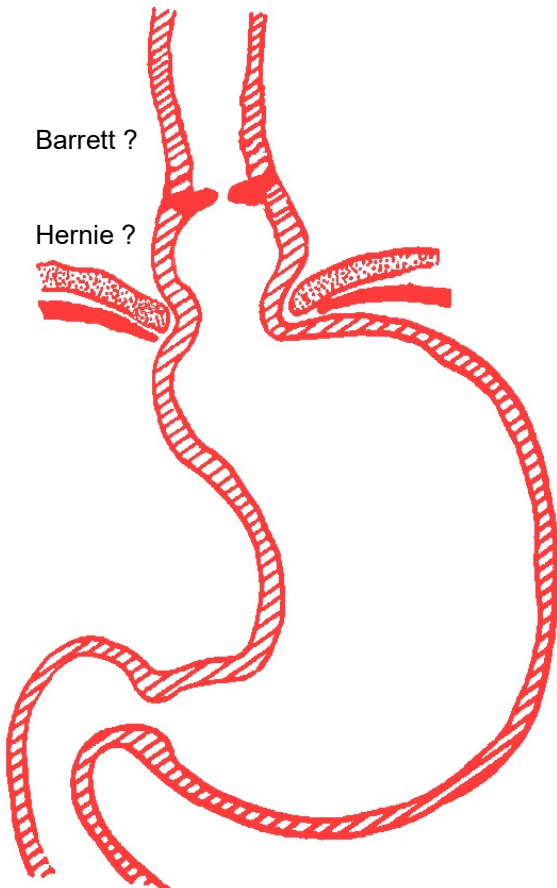
_____	[ ]
Foto	[ ]
+ POL	[ ]
+ RR	[ ]
Ö+C	[ ]
A+C	[ ]
+ Material	[ ]
+ Morpho	[ ]

**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.

# ENDOSKOPISCHER BEFUND

Barcode



## Ösophagus

GERD  NERD  Dysphagie

Stadium der Refluxkrankheit:

Savary-Miller:  Los Angeles

Prag Klassifikation Barrett: C  M

## Magen

NSAR  Z. n. HP-Eradikation

ASS  Morbus Crohn

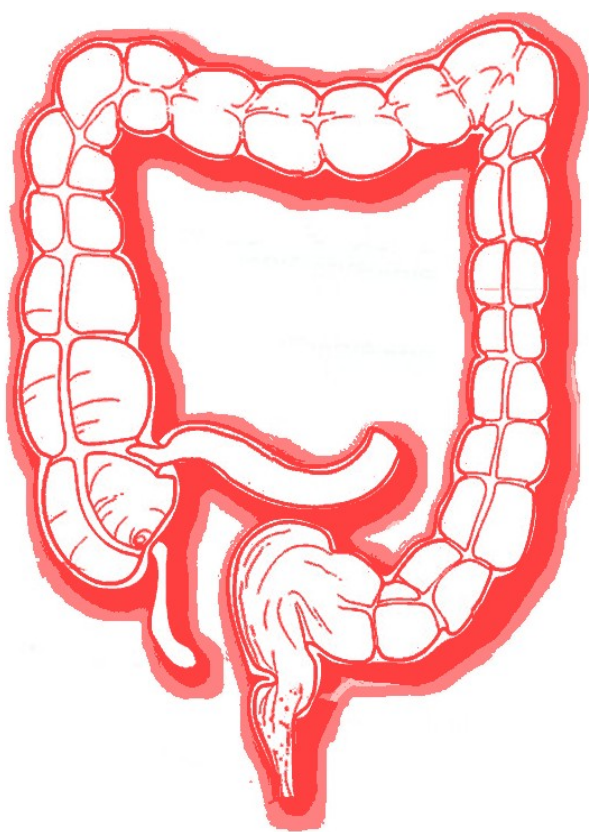
PPI-Therapie  Z. n. Magen-OP

---

---

---

---



## Colon

Morbus Crohn  Colitis ulcerosa  infek. Colitis

mikros. Colitis  lymph. Colitis  collag. Colitis

Ischämie  NSAR/ASS  Sprue

Chemotherapie  Radio/Chemo

Durchfälle?  Frequenz? \_\_\_\_\_x/tgl.

## Polypabtragung/Mukosektomie

Teilentfernung  vollständige Ab.  Probiopsie

---

---

---

---