

Begutachtungsauftrag Gelenkpathologie

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 Unfallfolgen 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

Geschlecht



PATHOLOGIE TRIER

Histologie, Zytologie, Molekulare Diagnostik.



Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

[Empty box for diagnosis/question]

Befund/Medikation

Lokalisation

Neosynovialis/SLIM periprothetische Membran

ossär periimplantär extraartikulär

Prothesentyp/Implantationstyp/Gleitpaarung

Prothesentyp/Hersteller: _____

epiphysär metaphysär meta-diaphysär diaphysär

zementiert nicht-zementiert

Material/Materialkombination: _____

Implantationszeitpunkt _____

Mikrobiologischer Befund: negativ Gram + / - Tbc Mykose

Allergologischer Befund: _____

Radiologische Defekt-Klassifikation:

Implantatmigration: <0,2mm >1 bis 2mm > 2mm

Ossäre Defekte: kavitär segmental kortikal metaphysär

Klinische Defektklassifikation:

Fehlstellung Luxation Subluxation Fraktur Arthrofibrose

Scapular notching

Gelenkinstabilität Neurologische/funktionelle Beschwerden

Rheumatische Erkrankungen

Rheumatoide Arthritis Arthrose Pseudogicht

Metabolische/hormonelle Störungen

Diabetes mellitus Gicht Osteoporose Parathormonstörungen

Andere Erkrankungen: Wundheilungsstörung Niereninsuffizienz PAVK

BMI: _____ Mikrofotografische Befunddokumentation erwünscht

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)

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

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 (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 []