

# 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.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Endoskopischer Befund – siehe Rückseite

**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

**Angaben Histo:**  
 (vom Pathologen auszufüllen)

\_\_\_\_\_ [ ]

Foto [ ]

+ POL [ ]

+ RR [ ]

Ö+C [ ]

A+C [ ]

+ Material [ ]

+ Morpho [ ]

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

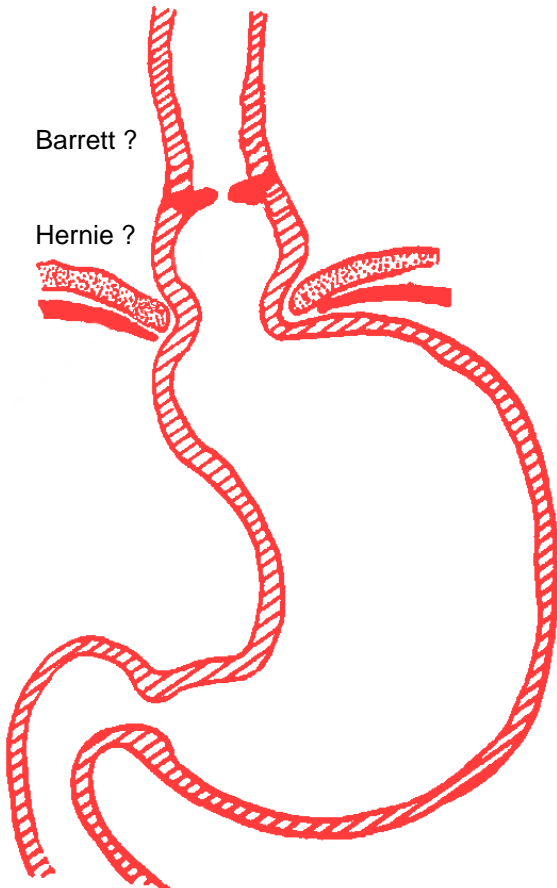
**Leistungserfassung: K**  **P**  **S**

(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.		

# 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.  Probebiopsie

