

# Begutachtungsauftrag Hepatopathologie

Quartal

Krankenkasse bzw. Kostenträger

---

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

---

Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status

---

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

Kurativ     Präventiv     Behandl. 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



Histologie, Zytologie, Molekulare Diagnostik.



## Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Befund/Medikation

**Basisinformationen**  
 Blindpunktion   
 sonogest. LP  CT-gest.  Mini-Lap   
 Leberzirrhose: ja  nein  inkomplett

**Hepatitis/Infektionen**  
 Hepatitis  A  B  C  D   
 Autoimmune Hep   
 seropos.  EBV  CMV  HSV  HIV   
 weitere: viral  bakteriell  \_\_\_\_\_  
 parasitär: Schistosomiasis/Malaria

**Gallenwege**  
 Steinleiden ja  Lokalisation \_\_\_\_\_  
 akute  / chronische  Entzündung  
 PSC  PBC  overlap/autoimmun   
 ITBL  GvHD   
 andere  \_\_\_\_\_  
 Cholangiografiebef. \_\_\_\_\_

**Tumorleiden**  
 ja  nein  HCC  CCC   
 Metastase  Primarius \_\_\_\_\_  
 Adenom  FNH  Regeneratknoten

**Medikamentenanamnese**  
 \_\_\_\_\_  
 Alkohol: ja  \_\_\_\_\_

**Labor** o.p.B.   
 Bili ges: \_\_\_\_\_ direkt: \_\_\_\_\_  
 AP \_\_\_\_\_ GOT \_\_\_\_\_ GPT \_\_\_\_\_ GGT \_\_\_\_\_  
 HBs-AG  AntiHBs  AntiHBc   
 HBe-AG  Anti-HAV-IgM   
 Anti-HCV  HCV-RNA   
 Autoantikörper   
 AMA-2  ANA  LKM  p-ANCA

**Transplantatleber**  
 Rejektion   
 Reinfektion HCV: ja  nein

**Immunsuppression**  
 Kortikoide  Cycl.  Tacr.   
 Medikamentenumstellung: ja  nein   
 V. a. med.-tox. Schaden: ja  nein

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<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>	

**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. 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    Reqr.

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

_____ [ ]
Foto [ ]
+ POL [ ]
+ RR [ ]
+ Material [ ]
+ Morpho [ ]

**Eingangs-Datum**  
(vom Pathologen auszufüllen)