Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Begutachtungsauftrag Mammapathologie

Quartal

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ Behandl. gemäß §116 b SGB V ☐ bei belegärztl. Behandlung

Geschlecht

☐ Unfall Unfallfolgen

Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

AU bis

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsilar-untersuchungen ☐ Mit-/Weiter-behandlung

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Begutachtungsauftrag für Histologie / Zytologie

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-13160-01-00

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

Befund/Medikation

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

1.

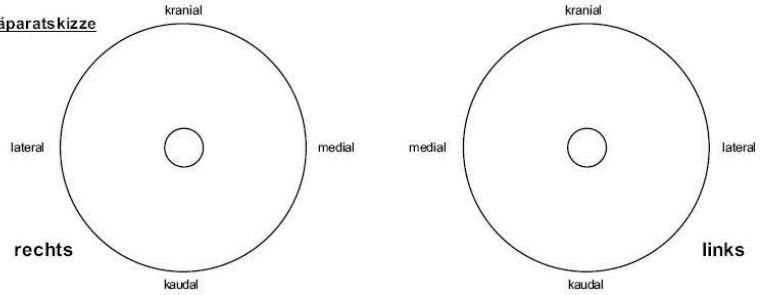
2.

3.

4.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Präparatskizze



Fadenmarkierungen:

[ ] doppelt lang = mamillennah
[ ] einfach lang = peripher
[ ] doppelt kurz = thoraxwandfern
[ ] andere:

Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
Schnellschnitte	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
Eisen	
Giemsa	
Kongo	
EvG/vG	
Alcian	
Spezial/	
Immun/	
Molbio	
Entkalkung	
Restmaterial	

Eingangs-Datum:
(vom Pathologen auszufüllen)

Stanze: [ ] ja [ ] nein
Mammotom: [ ] ja [ ] nein
BET: [ ] ja [ ] nein
Ablatio: [ ] ja [ ] nein
Mikrokalk: [ ] ja [ ] nein

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT ☐ oder **BELEGARZT** ☐

STATIONÄR ☐

Regelleistung oder **ärztliche Wahlleistung** ☐

Begutachtungsauftrag für Mammapathologie

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier

Akkreditiert nach DIN EN ISO/IEC 17020

Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Kriegsmann / PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. M. Otto

Max-Planck-Str.18+20, 54296 Trier · Postfach 2460, 54214 Trier

Tel.: 0651/99258320 · Fax: 0651/99258383 · Email: praxis@patho-trier.de

Schnellschnitt ☐
Schnelleinbettung ☐
Befund per Fax ☐

Faxnummer: _____

Telefon: _____

Leistungserfassung

(vom Pathologen auszufüllen)

Version 110516