Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Begutachtungsauftrag Gelenkpathologie

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

Klinische Diagnose:

Lokalisation:

Fragestellung:

Endoprothetik /Periprothetische Membranen/Arthrofibrose
Implantationszeitpunkt _____ Prothesentyp/Gleitpaarung _____
Mikrobiologischer Befund _____ Metall/Nickel-Allergie _____

Synovialbiopsie/-ektomie
Besteht eine Erkrankung aus dem Rheumatischen Formenkreis?
RA ☐ Psoriasis ☐ Bechterew ☐ Reaktive Arthritis ☐ Osteoarthrose ☐
Rheumafaktor positiv J N Mikrobiologischer Befund _____
Metabolische Erkrankung (Gicht, Pseudogicht) ☐

Tendopathie / Meniscopathie / Bursitiden
Z.n. Trauma Zeitraum _____ Z. n. Sehnenplastik ☐ Bursitis ☐

Tumoren / Tumorähnliche Veränderungen
Lokalisation _____ radiol. Bef.: _____

Knochenerkrankungen
Klinische Diagnose/Röntgenbefund _____

_____

Knochennekrose ☐ Osteomyelitis ☐ low grade Infektion ☐ Osteopenie ☐ renale Erkr. ☐

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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)

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT ☐ oder **BELEGARZT** ☐

STATIONÄR ☐

Regelleistung oder **ärztliche Wahlleistung** ☐

Begutachtungsauftrag für Gelenkpathologie

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