

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Begutachtungsauftrag Gastroenterologie-Histologie

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
 AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

Befund/Medikation

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

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Endoskopischer Befund – siehe Rückseite

Begutachtungsauftrag für Histologie / Zytologie MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Eingangsdatum:

(vom Pathologen auszufüllen)

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT <input type="checkbox"/>	STATIONÄR <input type="checkbox"/>
oder	
BELEGARZT <input type="checkbox"/>	Regelleistung <input type="checkbox"/>
	oder
	ärztliche <input type="checkbox"/>
	Wahlleistung <input type="checkbox"/>

Begutachtungsauftrag für Gastroenterologie-Histologie

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: _____

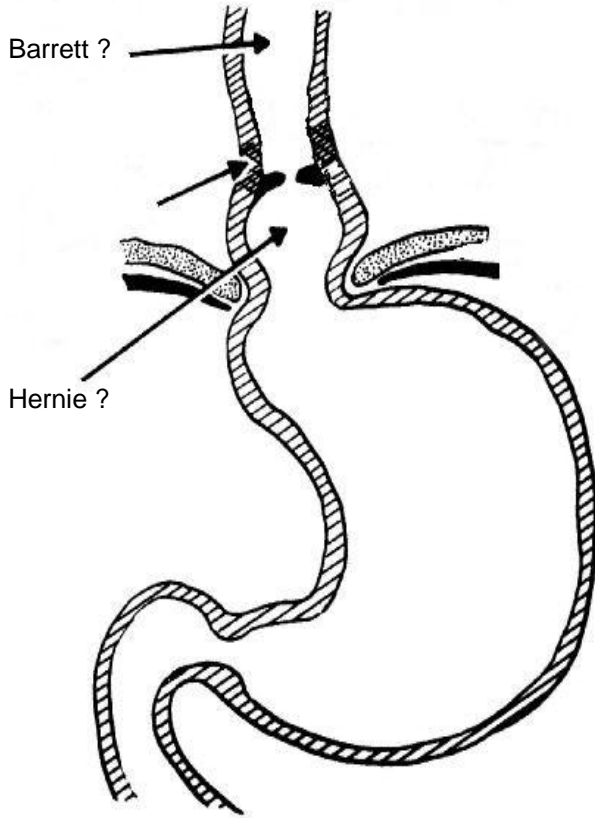
Leistungserfassung

(vom Pathologen auszufüllen)

Version 110516

Materialannahme	
Erfassen	<input type="checkbox"/>
Zuschnitt	<input type="checkbox"/>
Labor	<input type="checkbox"/>
Pathologe	<input type="checkbox"/>
Schnellschnitte	
Blöcke	<input type="checkbox"/>
Ausstriche	<input type="checkbox"/>
H&E	<input type="checkbox"/>
PAS	<input type="checkbox"/>
Eisen	<input type="checkbox"/>
Giemsa	<input type="checkbox"/>
Kongo	<input type="checkbox"/>
EvG/vG	<input type="checkbox"/>
Alcian	<input type="checkbox"/>
Spezial/	<input type="checkbox"/>
Immun/	<input type="checkbox"/>
Molbio	<input type="checkbox"/>
Entkalkung	<input type="checkbox"/>
Restmaterial	<input type="checkbox"/>

ENDOSKOPISCHER BEFUND



Ösophagus

GERD NERD Dysphagie

Stadium der Refluxkrankheit:

Savary-Miller: Los Angeles

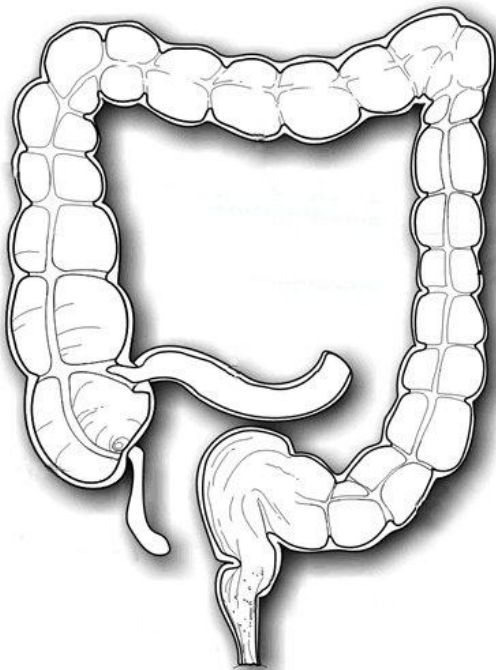
Prag Klassifikation Barrett: C M

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. Probiopsie
