

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Begutachtungsauftrag Endoprothetik (Pathologie)

Quartal

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

Unfall Unfallsfolgen 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

Geschlecht

AU bis

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Lokalisation

- Neosynovialis periprothetische Membran
 ossär periimplantär extraartikulär

Prothesentyp/Implantationstyp/Gleitpaarung

Prothesentyp/Hersteller: _____

epiphysär metaphysär meta-diaphysär diaphysär

zementiert nicht-zementiert

Material/Materialkombination: _____

Implantationszeitpunkt

allergologischer Befund: _____

mikrobiologischer Befund: negativ Gram + / - Tbc Mykose

radiologische Defekt-Klassifikation:

Implantatmigration: <0,2mm >1 bis 2mm > 2mm

Ossäre Defekte: kavitär segmental kortikal metaphysär

Klinische Defektklassifikation:

- Fehlstellung Luxation Subluxation Fraktur Arthrofibrose
 scapular notching
 Gelenkinstabilität neurologische/funktionelle Beschwerden

rheumatische Erkrankungen

- Rheumatoide Arthritis Arthrose Pseudogicht

metabolische/hormonelle Störungen

- Diabetes mellitus Gicht Osteoporose Parathormonstörungen

andere Erkrankungen: Wundheilungsstörung Niereninsuffizienz PAVK

BMI: _____ mikrofotografische Befunddokumentation erwünscht

Eingangs-Datum: _____

(vom Pathologen auszufüllen)

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT STATIONÄR

oder

BELEGARZT Regelleistung

oder

ärztliche

Wahlleistung

Begutachtungsauftrag für Endoprothetik

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

Zuschnitt

Labor

Pathologe

Schnellschnitte

Blöcke

Ausstriche

H&E

PAS

Eisen

Giemsa

Kongo

EvG/vG

Alcian

Spezial/

Immun/

Molbio

Entkalkung

Restmaterial