

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

Begutachtungsauftrag Neuropathologie

Quartal

Kurativ
 Präventiv
 Behndl. 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
 AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

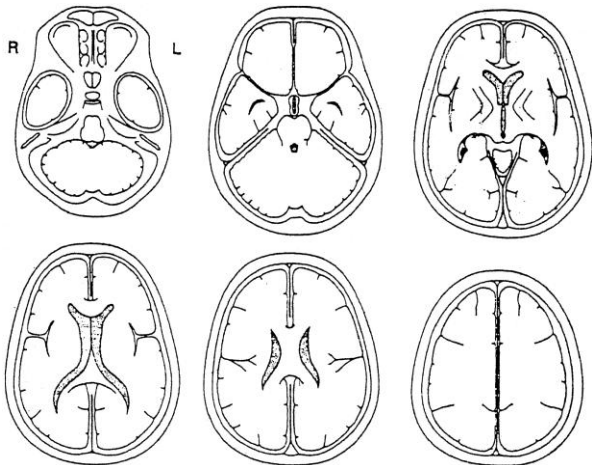
Diagnose/Verdachtsdiagnose – Klinische Fragestellung

Befund/Medikation - Lokalisation

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

1.

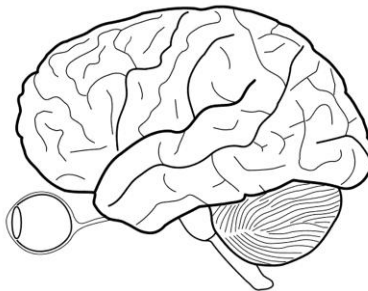
2.



Neuroradiologischer Befund:

CT / MRT:
hypodens / hypointens – punktiert

hyperdens / hyperintens – schraffiert



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Eingangs-Datum:

(vom Pathologen auszufüllen)

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

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

Begutachtungsauftrag für Neuropathologie 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
Neuropathologen: Frau Dr. med. S. Feiden (Kosiliaris: Prof. Dr. med. W. Feiden)

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	