

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten
geb.am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

Begutachtungsauftrag Gelenkpathologie

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Quartal

Unfall Unfallsfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 Geschlecht

Überweisung An

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchungen Mit-/Weiterbehandlung Histologie/Zytologie-Nr.

Auftrag (bitte auch wichtige Befunde/Medikation angeben)/Diagnose/Verdacht

Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen

Zweidimensionaler Barcode

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Begutachtungsauftrag Gelenkpathologie

Zentrum für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier

Dr. med. K. Hinkeldey-Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Kriegsmann

PD Dr. med. Dipl.-Med. M. Otto-Prof. Dr. med. V. Krenn

Prof. Dr. med. C. Poremba

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

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



E-Datum:

(vom Pathologen auszufüllen)

Vorbefunde:

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT STATIONÄR

oder

BELEGARZT Regelleistung

oder

ärztliche

Wahlleistung

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

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 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.

Schnellschnitt

Schnelleinbettung

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

Leistungserfassung

(vom Pathologen auszufüllen)

Version 2.1 v. 16.11.2009

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