

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Begutachtungsauftrag Mammopathologie Trier

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Quartal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2	<input type="text"/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Überweisung An <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchungen	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	Histologie/Zytologie-Nr. <input type="text"/>
Auftrag (bitte auch wichtige Befunde/Medikation angeben)/Diagnose/Verdacht			
<input type="text"/>			

<input type="text"/>
Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Zweidimensionaler Barcode

<input type="text"/>
Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Begutachtungsauftrag Mammopathologie

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)

Stanze: [] ja [] nein

Mammotom: [] ja [] nein

BET: [] ja [] nein

Ablatio: [] ja [] nein

Mikrokalk: [] ja [] nein

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT STATIONÄR

oder
BELEGARZT Regelleistung oder ärztliche Wahlleistung

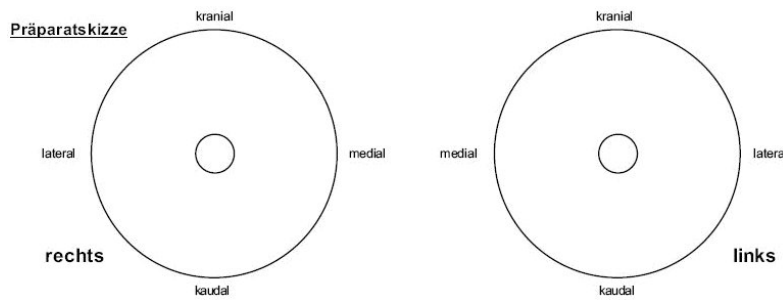
Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

Material (Art, Entnahme, Fixierung, Anzahl etc.) / Fragestellung:

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

Klinische Diagnose / bekannte Erkrankungen etc.:

BIRADS: _____



Fadenmarkierungen:

- [] doppelt lang = mamillennah
- [] einfach lang = peripher
- [] doppelt kurz = thoraxwandfern
- [] andere:

Schnellschnitt	<input type="checkbox"/>
Schnelleinbettung	<input type="checkbox"/>
Befund per Fax	<input type="checkbox"/>
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	