

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

## Begutachtungsauftrag Nieren-Biopsien

<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

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

## Begutachtungsauftrag für Nieren-Biopsien

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:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

### BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

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

### Urin

<input type="text"/>	g/d Proteinurie
<input type="text"/>	Hämaturie
<input type="text"/>	Leukozyturie
<input type="text"/>	hyaline Zylinder
<input type="text"/>	granulierte Zylinder

### Serum

<input type="text"/>	mg% Harnstoff
<input type="text"/>	mg% Kreatinin
<input type="text"/>	Kreatinin Clearance
<input type="text"/>	g% Gesamteiweiß
<input type="text"/>	% Albumin
<input type="text"/>	% α1
<input type="text"/>	% α2
<input type="text"/>	% β
<input type="text"/>	% γ
<input type="text"/>	ANCA's
<input type="text"/>	LE

Klinische Diagnose:

Beginn der Erkrankung:

Klinische Erscheinung/Fragestellung:

Ultraschall:

Blutdruck: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Materialannahme	<input type="checkbox"/>
Erfassen	<input type="checkbox"/>
Zuschnitt	<input type="checkbox"/>
Labor	<input type="checkbox"/>
Pathologe	<input type="checkbox"/>
Schnellschnitte	<input type="checkbox"/>
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"/>

Schnellschnitt

Schnelleinbettung

Befund per Fax

Faxnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Leistungserfassung

(vom Pathologen auszufüllen)