

Begutachtungsauftrag Mammopathologie

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

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

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

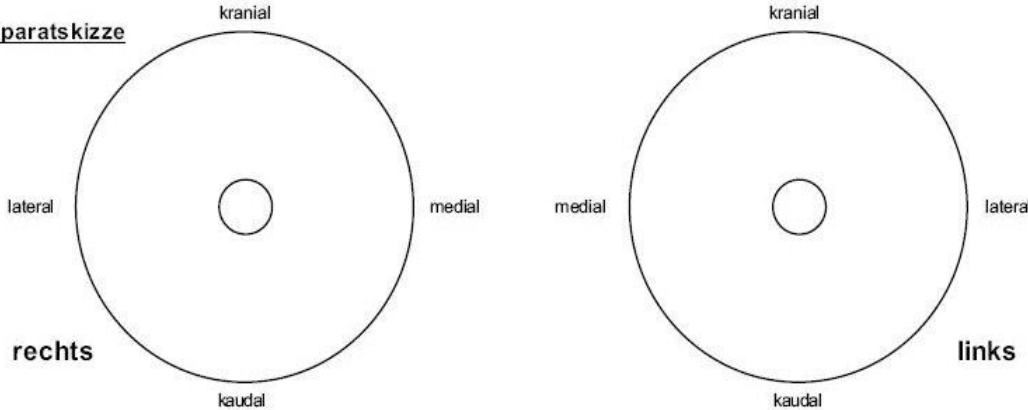
Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

1.
2.
3.
4.
5.
6.

MVZ TRIER
 Histologie • Zytologie
 Molekulare Diagnostik



Präparatskizze



Fadenmarkierungen:

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

Angaben:

- Stanze Ja / Nein []/[] BET Ja / Nein []/[]
 Mammotom []/[] Ablatio []/[]
 Mikrokalk []/[]

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme

- Erfassen
 Zuschnitt
 Labor
 Pathologe

Schnellschnitte

- Blöcke
 Ausstriche
 H&E
 PAS
 H&E/PAS
 H&E/PAS/MB
 Eisen
 Giemsa
 Kongo
 EvG/vG
 Alcian/PAS
 Spezial
 Immun

- Entkalkung
 Restmaterial

Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)

Schnellschnitt

Schnelleinbettung

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT
 oder
 BELEGARZT

STATIONÄR

Regelleistung
 oder
 ärztl. Wahlleistung

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Ärztlicher Leiter/Geschäftsführer: PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto · Prof. Dr. med. Veit Krenn
 Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann · Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen
 Max-Planck-Str. 5 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier
 Tel.: 0651 / 99258320 · Fax: 0651 / 99258383 · Email: praxis@patho-trier.de
 Hotline für Transportdienstleistungen Tel.: 0800 / 1110012

Leistungserfassung: K P S
 (vom Pathologen auszufüllen)

- | | | | |
|-----------|-------------|-------------------------|-------------|
| 19310 [] | 19312 [] | 4800 [] | 4815 [] |
| 19320 [] | 19321 [] | 4801 [] | 4815A [] |
| 19322 [] | _____ [] | 4802 [] | 4815AZ [] |
| 40144 [] | 40100 [] | 4852 [] | pp [] |
| 01743 [] | | | |
| S [] | 4815 / 4802 | [] [] [] [] [] [] | |
| | | F Z M R | Radio Regr. |

Angaben Histo:

(vom Pathologen auszufüllen)

- _____ []
 Foto []
 + POL []
 + RR []
 + Material []
 + Morpho []