

# Begutachtungsauftrag Gastroenterologie-Histologie

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

## Befund/Medikation

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

1.		10.
2.		11.
3.		12.
4.		13.
5.		14.
6.		15.
7.		16.
8.		17.
9.		18.
Endoskopischer Befund – siehe Rückseite		

**MVZ TRIER**  
 Histologie • Zytologie  
 Molekulare Diagnostik



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<b>Schnellschnitt</b> <b>Schnelleinbettung</b> <b>Befund per Fax</b> Faxnummer: _____ Telefon: _____	<b><u>BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!</u></b>  AMBULANT <input type="checkbox"/> STATIONÄR <input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> BELEGARZT <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ärztl. Wahlleistung <input type="checkbox"/>
--	---

**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 [ ]

Ö+C [ ]

A+C [ ]

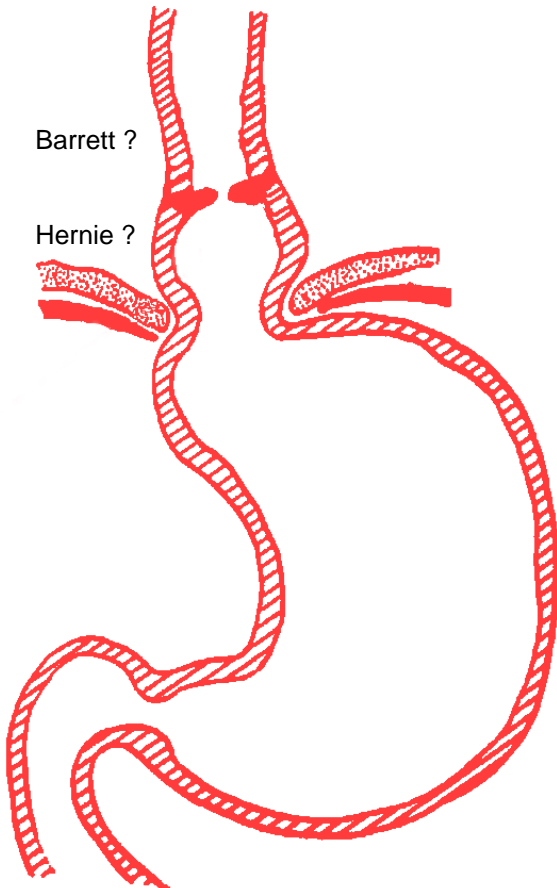
+ Material [ ]

+ Morpho [ ]

<b>Materialannahme</b>	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
Schnellschnitte	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
H&E/AicPAS	
H&E/AicPAS/MB	
Eisen	
Giemsa	
Kongo	
EvG/vG	
Alcian-PAS	
Spezial/Immun/	
Entkalkung	
Restmaterial	
Eingangs-Datum	
<small>(vom Pathologen auszufüllen)</small>	

# ENDOSKOPISCHER BEFUND

Barcode



## Ösophagus

GERD  NERD  Dysphagie   
Stadium der Refluxkrankheit:  
Savary-Miller:  Los Angeles   
Prag Klassifikation Barrett: C  M

## Magen

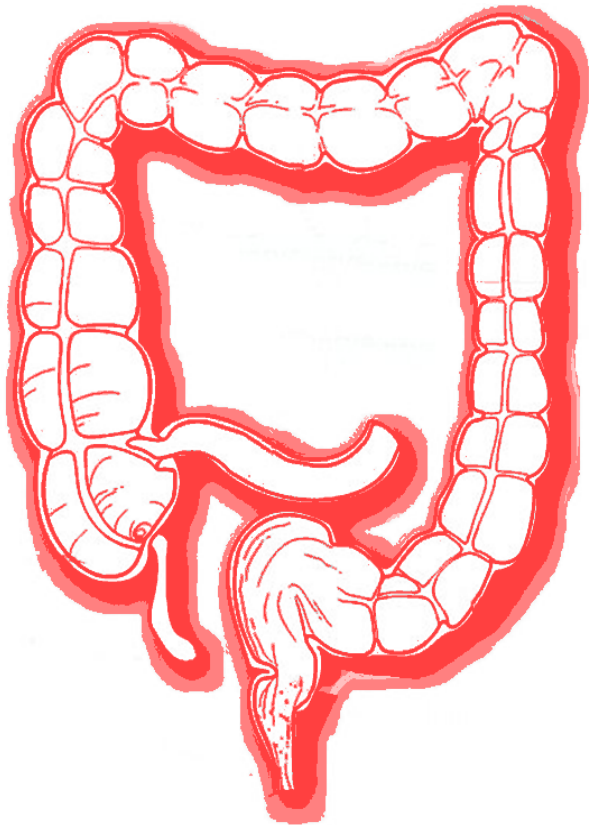
NSAR  Z. n. HP-Eradikation   
ASS  Morbus Crohn   
PPI-Therapie  Z. n. Magen-OP

---

---

---

---



## Colon

Morbus Crohn  Colitis ulcerosa  infek. Colitis   
mikros. Colitis  lymph. Colitis  collag. Colitis   
Ischämie  NSAR/ASS  Sprue   
Chemotherapie  Radio/Chemo   
Durchfälle?  Frequenz? \_\_\_\_\_x/tgl.

## Polypabtragung/Mukosektomie

Teilentfernung  vollständige Ab.  Probebiopsie

---

---

---

---