Begutachtungsauftrag Rheumapathologie

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Quartal

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ Behandl. gemäß §116 b SGB V ☐ bei belegärztl. Behandlung

Geschlecht

☐ Unfall Unfallfolgen — Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

AU bis

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsilar-untersuchungen ☐ Mit-/Weiter-behandlung

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

MVZ TRIER
Histologie • Zytologie
Molekulare Diagnostik

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-21311-01-00

Befund/Medikation

Lokalisation: _____

Fragestellung: _____

☐ TNF-Antagonist ☐ anderes Biologikum: _____

☐ MTX ☐ Leflunomid ☐ andere DMARDs: _____

Vaskulitisdiagnostik
cutan _____ visceral _____ makrovaskulär _____
c-ANCA ☐ p-ANCA ☐ Anti-ds-DNA-AK ☐ HBV ☐ HCV ☐

Synovialbiopsie/-ektomie
RA ☐ Psoriasis ☐ Bechterew ☐ Reaktive Arthritis ☐ Osteoarthrose ☐
Rheumafaktor positiv J N Anti-CCP positiv J N
Metabolische Erkrankung (Gicht, Pseudogicht, tumoröse Kalzinose) ☐
Mikrobiologischer Befund _____

Tendopathie / Meniscopathie / Bursitiden
Z.n. Trauma J N Zeitraum _____ Z. n. Sehnenplastik ☐ Bursitis ☐

Tumoren / Tumorähnliche Veränderungen
Lokalisation _____ radiol. Bef.: _____

Knochenerkrankungen
Klinische Diagnose/Knochendichte _____
Osteomalazie ☐ Entzündung ☐ Infektion ☐ Osteoporose ☐ renale Osteopathi ☐

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Schnellschnitt ☐
Schnelleinbettung ☐
Befund per Fax ☐
Faxnummer: _____
Telefon: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT ☐ oder **BELEGARZT** ☐

STATIONÄR ☐ **Regelleistung** ☐ oder **ärztl. Wahlleistung** ☐

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

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	[ ]

Eingangs-Datum
(vom Pathologen auszufüllen)