

Begutachtungsauftrag Knochenmark-Biopsien

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

Quartal

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behndl. gemäß §116 b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überweisung an _____					
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliar-untersuchungen	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V					

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

MVZ TRIER
Histologie • Zytologie
Molekulare Diagnostik

Befund/Medikation

,	x10 ³	Leuko
,	x10 ⁶	Ery
,	g/dl	Hb
,	%	Hk
	fl	MCV
,	pg	MCH
,	g/dl	MCHC
	x10 ³	PLT
	‰	Retic
	Neutro	Pro
		Myelo
		Meta
		Stab
		Seg
	Blasten	
	Eosino	
	Baso	
	Mono	
	Lymph	
	Eisen	
	mm	BSG
	%	O ₂ -Sätt.
	ng/l	Vit. B ₁₂

Verdachtsdiagnose:

- Akute Leukämie/ CML-Blastenschub
- AML
- ALL
- Morbus Hodgkin
- Non-Hodgkin Lymphom
- B-Zell-Lymphom
- T-Zell-Lymphom
- Myeloproliferation
- MDS
- Plasmozytom
- HIV-Myelopathie
- Metastasen

Molekular Genetik

- NPM1-,FLT3-Mutation
- PML/KARa-Fusion
- JAK2-Mutation
- MPL-Mutation
- CALR-Mutation

Klinik:

- B-Symptomatik
- Lymphadenopathie
- Hepato-/Splénomaglie
- Mediastinaltumor
- Rezidivierende Infekte
- Paraproteinämie
- MGUS
- Zytopenie
- Hämolytische Anämie
- Erstdiagnose
- Remissionskontrolle
- Rezediv
- Z.n. Chemotherapie
- Z.n. Cytokintherapie
- Z.n. KMT/PBSZT
- autolog
- heterolog



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme

Erfassen

Zuschnitt

Labor

Pathologe

Schnellschnitte

Blöcke

Ausstriche

H&E

PAS

H&E/AicPAS

H&E/AicPAS/MB

Eisen

Giemsa

CAE

GOM

MGG

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 []