

Begutachtungsauftrag Hepatopathologie

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

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

AU bis

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

MVZ TRIER
 Histologie • Zytologie
 Molekulare Diagnostik

Befund/Medikation

<p>Basisinformationen</p> <p>Blindpunktion <input type="checkbox"/></p> <p>sonogest. LP <input type="checkbox"/> CT-gest. <input type="checkbox"/> Mini-Lap <input type="checkbox"/></p> <p>Leberzirrhose: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> inkomplett <input type="checkbox"/></p> <p>Hepatitis/Infektionen</p> <p>Hepatitis <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/></p> <p>Autoimmune Hep <input type="checkbox"/></p> <p>seropos. <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/></p> <p>weitere: viral <input type="checkbox"/> bakteriell <input type="checkbox"/></p> <p>parasitär: Schistosomiasis/Malaria</p> <p>Gallenwege</p> <p>Steinleiden ja <input type="checkbox"/> Lokalisation _____</p> <p>akute <input type="checkbox"/> / chronische <input type="checkbox"/> Entzündung</p> <p>PSC <input type="checkbox"/> PBC <input type="checkbox"/> overlap/autoimmun <input type="checkbox"/></p> <p>ITBL <input type="checkbox"/> GvHD <input type="checkbox"/></p> <p>andere <input type="checkbox"/></p> <p>Cholangiografiebef. _____</p> <p>Tumorleiden</p> <p>ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> HCC <input type="checkbox"/> CCC <input type="checkbox"/></p> <p>Metastase <input type="checkbox"/> Primarius _____</p> <p>Adenom <input type="checkbox"/> FNH <input type="checkbox"/> Regeneratknoten <input type="checkbox"/></p>	<p>Medikamentenanamnese</p> <p>Alkohol: ja <input type="checkbox"/></p> <p>Labor o.p.B. <input type="checkbox"/></p> <p>Bili ges: _____ direkt: _____</p> <p>AP _____ GOT _____ GPT _____ GGT _____</p> <p>HBs-AG <input type="checkbox"/> AntiHBs <input type="checkbox"/> AntiHBc <input type="checkbox"/></p> <p>HBe-AG <input type="checkbox"/> Anti-HAV-IgM <input type="checkbox"/></p> <p>Anti-HCV <input type="checkbox"/> HCV-RNA <input type="checkbox"/></p> <p>Autoantikörper <input type="checkbox"/></p> <p>AMA-2 <input type="checkbox"/> ANA <input type="checkbox"/> LKM <input type="checkbox"/> p-ANCA <input type="checkbox"/></p> <p>Transplantatleber</p> <p>Rejektion <input type="checkbox"/></p> <p>Reinfektion HCV: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Immunsuppression</p> <p>Kortikoide <input type="checkbox"/> Cycl. <input type="checkbox"/> Tacr. <input type="checkbox"/></p> <p>Medikamentenumstellung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>V. a. med.-tox. Schaden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
---	---



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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

<p>Leistungserfassung: K <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/></p> <p><small>(vom Pathologen auszufüllen)</small></p> <p>19310 [] 19312 [] 4800 [] 4815 []</p> <p>19320 [] 19321 [] 4801 [] 4815A []</p> <p>19322 [] _____ [] 4802 [] 4815AZ []</p> <p>40144 [] 40100 [] 4852 [] pp []</p> <p>01743 []</p> <p>S [] 4815 / 4802 [] [] [] [] [] [] [] []</p> <p style="text-align: center;">F Z M R Radio Regr.</p>	<p>Angaben Histo:</p> <p><small>(vom Pathologen auszufüllen)</small></p> <p>_____ []</p> <p>Foto []</p> <p>+ POL []</p> <p>+ RR []</p> <p>+ Material []</p> <p>+ Morpho []</p>
---	---

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