Begutachtungsauftrag Fußpathologie

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

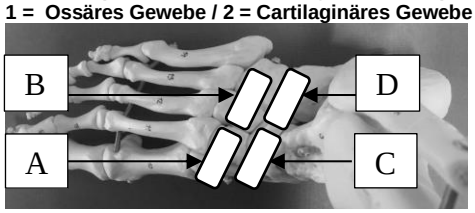
☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsilar-untersuchungen ☐ Mit-/Weiter-behandlung

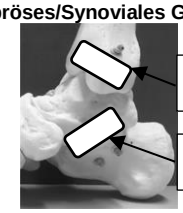
☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Klinische Diagnose: _____

Fragestellung: _____

Entnahmeprotokoll zur Erstellung eines Histopathologischen Charcot Score/HCS
1 = Ossäres Gewebe / 2 = Cartilaginäres Gewebe / 3 = Fibröses/Synoviales Gewebe





Entnahme abhängig von der Klassifikation nach Brodsky

Typ I:
Lisfrancsches Gelenk und/ oder naviculocuneiformes Gelenk, Entnahme von A1/2/3 und B1/2/3

Typ II:
Subtalargelenk und/oder Chopartsches Gelenk, Entnahme von C1/2/3 und D1/2/3 bzw. E 1/2/3 (subtalar)

Typ IIIA:
Oberes Sprunggelenk Entnahme F1/2/3

Endoprothetik /Periprothetische Membranen/Arthrofibrose
Implantationszeitpunkt_____ Prothesentyp/Gleitpaarung _____
Mikrobiologischer Befund _____ Metall/Nickel-Allergie _____

Synovialbiopsie/-ektomie
Besteht eine Erkrankung aus dem Rheumatischen Formenkreis?

RA ☐ Psoriasis ☐ Bechterew ☐ Reaktive Arthritis ☐ Osteoarthrose ☐
Rheumafaktor positiv: ja / nein Anti-CCP positiv: ja / nein Mikrobiologischer Befund_____

Metabolische Erkrankung (Gicht, Pseudogicht) ☐

☐ **Tendopathie /** ☐ **Bursitiden**

Z.n. Trauma Zeitraum _____ Z. n. Sehnenplastik ☐ Bursitis ☐

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

Knochenerkrankungen
Klinische Diagnose/Röntgenbefund _____

Knochennekrose ☐ Osteomyelitis ☐ Low grade Infektion ☐ Osteopenie ☐ Renale Erkrankung ☐

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 [ ]

MVZ TRIER
Histologie • Zytologie
Molekulare Diagnostik

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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 ☐

Eingangs-Datum
(vom Pathologen auszufüllen)