

# Begutachtungsauftrag Neuropathologie

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 Unfallfolgen    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

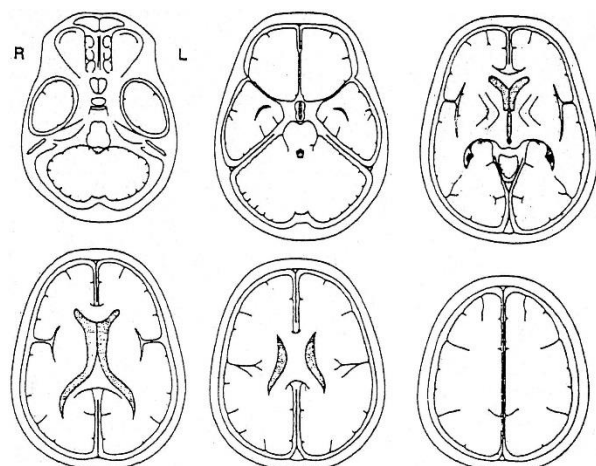
## Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

## Befund/Medikation

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

1.	3.
2.	4.

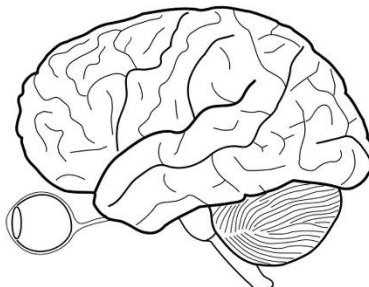
**MVZ TRIER**  
Histologie • Zytologie  
Molekulare Diagnostik



### Neuroradiologischer Befund:

CT / MRT:  
hypodens / hypointens – punktiert

hyperdens / hyperintens – schraffiert



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

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