

Begutachtungsauftrag Prostatapathologie

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

Geschlecht

AU bis

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

MVZ TRIER
Histologie • Zytologie
Molekulare Diagnostik



RECHTS		LINKS
1 RFL1		7 LFL1
2 RFL2		8 LFL2
3 RA 2		9 LA2
4 RB		10 LB
5 RM		11 LM
6 RA1		12 LA1
Tastbefund: auffällig [] unauffällig []		
PSA (ng/ml):		
Ultraschall/MR:		

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Schnellschnitt

Schnelleinbettung

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

AMBULANT **STATIONÄR**

oder **BELEGARZT** **Regelleistung**

oder **ärztl. Wahlleistung**

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

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.	