

Begutachtungsauftrag Dermatopathologie

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

Quartal

Kurativ
 Präventiv
 Behndl. 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
 AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

Hautkrebscreening <input type="checkbox"/>

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

Bilddokumentation auf der Rückseite → b.w.

1.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
2.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
3.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
4.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
5.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
6.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
7.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
8.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
9.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
10.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
11.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>
12.	Curettage <input type="checkbox"/>	PE <input type="checkbox"/>	Totalex <input type="checkbox"/>

MVZ TRIER
 Histologie • Zytologie
 Molekulare Diagnostik



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Schnellschnitt
Schnelleinbettung
Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT **STATIONÄR**
 oder
BELEGARZT **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	[]

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

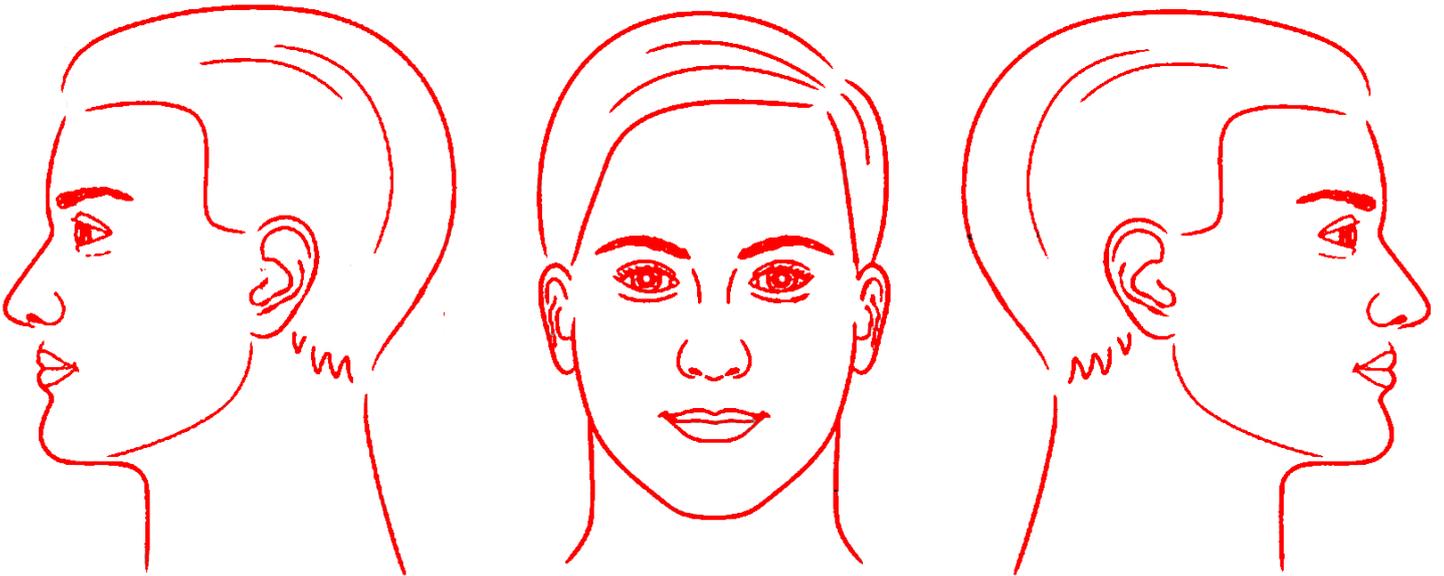
Entkalkung

Restmaterial

Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)

Barcode



Bitte jede Entnahmelokalisation mit Nr. einzeichnen!

