

# Begutachtungsauftrag Gelenkpathologie

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

Quartal

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß §116 b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Überweisung an			<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliar-untersuchungen	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis		
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

**MVZ TRIER**  
Histologie • Zytologie  
Molekulare Diagnostik

## Befund/Medikation

**Lokalisation**  
 Neosynovialis/SLIM  periprothetische Membran  
 ossär  periimplantär  extraartikulär

**Prothesentyp/Implantationstyp/Gleitpaarung**  
 Prothesentyp/Hersteller: \_\_\_\_\_  
 epiphysär  metaphysär  meta-diaphysär  diaphysär  
 zementiert  nicht-zementiert  
 Material/Materialkombination: \_\_\_\_\_

**Implantationszeitpunkt** \_\_\_\_\_

**Mikrobiologischer Befund:**  negativ Gram + / -  Tbc  Mykose

**Allergologischer Befund:** \_\_\_\_\_

**Radiologische Defekt-Klassifikation:**  
 Implantatmigration:  <0,2mm  >1 bis 2mm  > 2mm  
 Ossäre Defekte:  kavitär  segmental  kortikal  metaphysär

**Klinische Defektklassifikation:**  
 Fehlstellung  Luxation  Subluxation  Fraktur  Arthrofibrose  
 Scapular notching  
 Gelenkinstabilität  Neurologische/funktionelle Beschwerden

**Rheumatische Erkrankungen**  
 Rheumatoide Arthritis  Arthrose  Pseudogicht

**Metabolische/hormonelle Störungen**  
 Diabetes mellitus  Gicht  Osteoporose  Parathormonstörungen

**Andere Erkrankungen:**  Wundheilungsstörung  Niereninsuffizienz  PAVK

**BMI:** \_\_\_\_\_  Mikrofotografische Befunddokumentation erwünscht



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<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/Immun</b>	
<b>Entkalkung</b>	
<b>Restmaterial</b>	
<b>Eingangs-Datum</b> <small>(vom Pathologen auszufüllen)</small>	

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

**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 [ ]