

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

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

Schnellschnitt	<input type="checkbox"/>	<u>BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!</u>
Schnelleinbettung	<input type="checkbox"/>	
Befund per Fax	<input type="checkbox"/>	
Faxnummer: _____		
Telefon: _____		AMBULANT <input type="checkbox"/> STATIONÄR <input type="checkbox"/> oder BELEGARZT <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> oder ärztl. Wahlleistung <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 <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> <small>(vom Pathologen auszufüllen)</small>	Angaben Histo: <small>(vom Pathologen auszufüllen)</small>
19310 [] 19312 [] 4800 [] 4815 []	_____ []
19320 [] 19321 [] 4801 [] 4815A []	Foto []
19322 [] _____ [] 4802 [] 4815AZ []	+ POL []
40144 [] 40100 [] 4852 [] pp []	+ RR []
01743 []	+ Material []
S [] 4815 / 4802 [] [] [] [] [] [] [] []	+ Morpho []
	F Z M R Radio Regr.