

Begutachtungsauftrag Histopathologie

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

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

AU bis

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

MVZ TRIER
 Histologie • Zytologie
 Molekulare Diagnostik

Befund/Medikation



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

1.	11.
2.	12.
3.	13.
4.	14.
5.	15.
6.	16.
7.	17.
8.	18.
9.	19.
10.	20.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Schnellschnitt
 Schnelleinbettung
 Befund per Fax
 Faxnummer: _____
 Telefon: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT oder BELEGARZT
 STATIONÄR
 Regelleistung oder ärztl. Wahlleistung

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Ärztlicher Leiter/Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann - PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto
 Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Veit Krenn - 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

(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 []

Ö+C []

A+C []

+ Material []

+ Morpho []

Materialannahme

Erfassen
 Zuschnitt
 Labor
 Pathologe

Schnellschnitte

Blöcke
 Ausstriche
 H&E
 PAS
 H&E/PAS
 H&E/PAS/MB
 Eisen
 Giemsa
 Kongo
 EvG/vG
 Alcian-PAS
 Spezial/
 Immun/

Entkalkung
 Restmaterial

Eingangs-Datum
(vom Pathologen auszufüllen)