

Begutachtungsauftrag Mammaphathologie

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="text"/>		
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V					

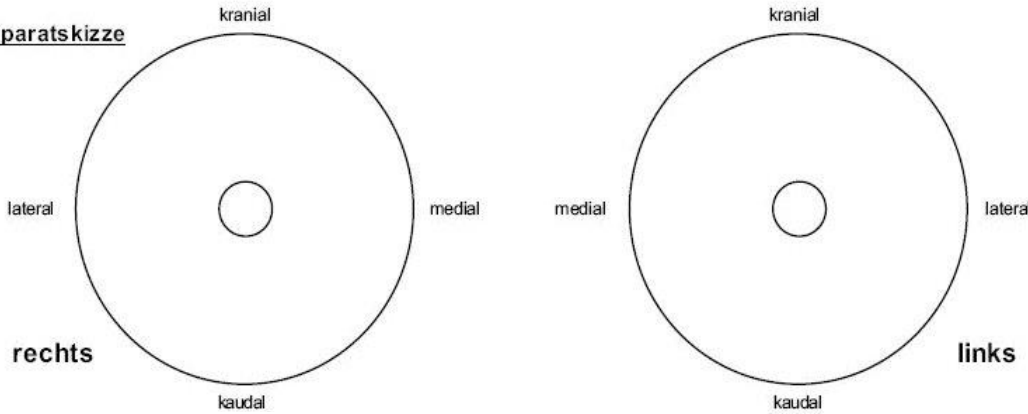
Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
1.	4.
2.	5.
3.	6.

MVZ TRIER
Histologie • Zytologie
Molekulare Diagnostik



Präparatskizze



Fadenmarkierungen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> doppelt lang = mamillennah | <input type="checkbox"/> doppelt kurz = thoraxwandfern |
| <input type="checkbox"/> einfach lang = peripher | <input type="checkbox"/> andere: |

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Schnellschnitt Schnelleinbettung Befund per Fax Faxnummer: _____ Telefon: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;">BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!</p> 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: 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: 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)

	Ja	Nein
Stanze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammotom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablatio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikrokalk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)