

# Begutachtungsauftrag Nieren-Biopsien

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

<b>Urin</b>	
	g/d Proteinurie
	Hämaturie
	Leukozyturie
	hyaline Zylinder
	granulierte Zylinder
<b>Serum</b>	
	mg% Harnstoff
	mg% Kreatinin
	Kreatinin Clearance
	g% Gesamteiweiß
	% Albumin
	% α1
	% α2
	% β
	% γ
	ANCA's
	LE

Klinische Diagnose:

Beginn der Erkrankung:

Klinische Erscheinung/Fragestellung:

Ultraschall:

Blutdruck: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



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/PAS</b>	
<b>H&amp;E/PAS/MB</b>	
<b>Eisen</b>	
<b>Giemsa</b>	
<b>Kongo</b>	
<b>EvG/vG</b>	
<b>Alcian/PAS</b>	
<b>Spezial</b>	
<b>Immun</b>	
<b>Entkalkung</b>	
<b>Restmaterial</b>	
<b>Eingangs-Datum</b> <small>(vom Pathologen auszufüllen)</small>	

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: 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)

\_\_\_\_\_ [ ]  
 Foto [ ]  
 + POL [ ]  
 + RR [ ]  
 + Material [ ]  
 + Morpho [ ]