Begutachtungsauftrag Hepatopathologie

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Quartal

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ Behandl. gemäß §116 b SGB V ☐ bei belegärztl. Behandlung

Geschlecht

☐ Unfall Unfallfolgen — Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

AU bis

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsilar-untersuchungen ☐ Mit-/Weiter-behandlung

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

MVZ TRIER
Histologie • Zytologie
Molekulare Diagnostik

Befund/Medikation

Basisinformationen
Blindpunktion ☐
sonogest. LP ☐ CT-gest. ☐ Mini-Lap ☐
Leberzirrhose: ja ☐ nein ☐ inkomplett ☐

Hepatitis/Infektionen
Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐
Autoimmune Hep ☐
seropos. ☐ EBV ☐ CMV ☐ HSV ☐ HIV ☐
weitere: viral ☐ bakteriell ☐ _____
parasitär: Schistosomiasis/Malaria

Gallenwege
Steinleiden ja ☐ Lokalisation_____
akute ☐ / chronische ☐ Entzündung
PSC ☐ PBC ☐ overlap/autoimmun ☐
ITBL ☐ GvHD ☐
andere ☐ _____
Cholangiografiebef. _____

Tumorleiden
ja ☐ nein ☐ HCC ☐ CCC ☐
Metastase ☐ Primarius _____
Adenom ☐ FNH ☐ Regeneratknoten ☐

Medikamentenanamnese
_____
_____
Alkohol: ja ☐ _____

Labor o.p.B. ☐
Bili ges: _____ direkt: _____
AP ____ GOT ____ GPT ____ GGT___
HBs-AG ☐ AntiHBs ☐ AntiHBc ☐
HBe-AG ☐ Anti-HAV-IgM ☐
Anti-HCV ☐ HCV-RNA ☐
Autoantikörper ☐
AMA-2 ☐ ANA ☐ LKM ☐ p-ANCA ☐

Transplantatleber
Rejektion ☐
Reinfektion HCV: ja ☐ nein ☐
Immunsuppression
Kortikoide ☐ Cycl. ☐ Tacr. ☐
Medikamentenumstellung: ja ☐ nein ☐
V. a. med.-tox. Schaden: ja ☐ nein ☐

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	

Schnellschnitt ☐
Schnelleinbettung ☐
Befund per Fax ☐
Faxnummer: _____
Telefon: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT oder **BELEGARZT** ☐
STATIONÄR ☐
Regelleistung oder **ärztl. Wahlleistung** ☐

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

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	[ ]

Eingangs-Datum
(vom Pathologen auszufüllen)