

# 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="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>				

## Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

<input type="text"/>
<input type="text"/>

**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

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

<b>Schnellschnitt</b> <input type="checkbox"/>	<b><u>BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!</u></b>	<b>AMBULANT</b> <input type="checkbox"/>	<b>STATIONÄR</b> <input type="checkbox"/>
<b>Schnelleinbettung</b> <input type="checkbox"/>		oder	
<b>Befund per Fax</b> <input type="checkbox"/>		<b>BELEGARZT</b> <input type="checkbox"/>	<b>Regelleistung</b> <input type="checkbox"/>
<b>Faxnummer:</b> _____		oder	<b>ärztl. Wahlleistung</b> <input type="checkbox"/>
<b>Telefon:</b> _____			

**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

<b>Leistungserfassung: K</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/>	<b>Angaben Histo:</b> <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.