

# Begutachtungsauftrag Histopathologie

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

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



**PATHOLOGIE TRIER**  
 Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



**Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung**

**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

<b>Materialannahme</b>	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
<b>Schnellschnitte</b>	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
H&E/AlcPAS	
H&E/AlcPAS/MB	
Eisen	
Giemsa	
Kongo	
EvG/vG	
Alcian-PAS	
Spezial/Immun/	
Entkalkung	
Restmaterial	

**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**  
 Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich  
**Geschäftsführung:**  
 Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen · Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann  
 PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto (Ärztlicher Leiter) · Dr. rer. nat. Petra Wandernoth  
**Max-Planck-Str. 5 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier**  
 Tel.: 0651 / 948710 · Fax: 0651 / 948711234 · Email: praxis@patho-trier.de  
 Hotline für Transportdienstleistungen: 0800 / 1110012

**Leistungserfassung**  
 (vom Pathologen auszufüllen)

19310 [ ]	19312 [ ]	4800 [ ]	4815 [ ]
19320 [ ]	19321 [ ]	4801 [ ]	4815A [ ]
19322 [ ]	_____ [ ]	4802 [ ]	4815AZ [ ]
01743 [ ]	40100 [ ]	4852 [ ]	pp [ ]
S [ ]			

4815 / 4802 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

S F Z M R Radio Regr.

**Angaben Histo:**  
 (vom Pathologen auszufüllen)

\_\_\_\_\_ [ ]

Foto [ ]

+ POL [ ]

+ RR [ ]

Ö+C [ ]

A+C [ ]

+ Material [ ]

+ Morpho [ ]

**Eingangs-Datum**  
 (vom Pathologen auszufüllen)