

Begutachtungsauftrag Mammopathologie

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



PATHOLOGIE TRIER

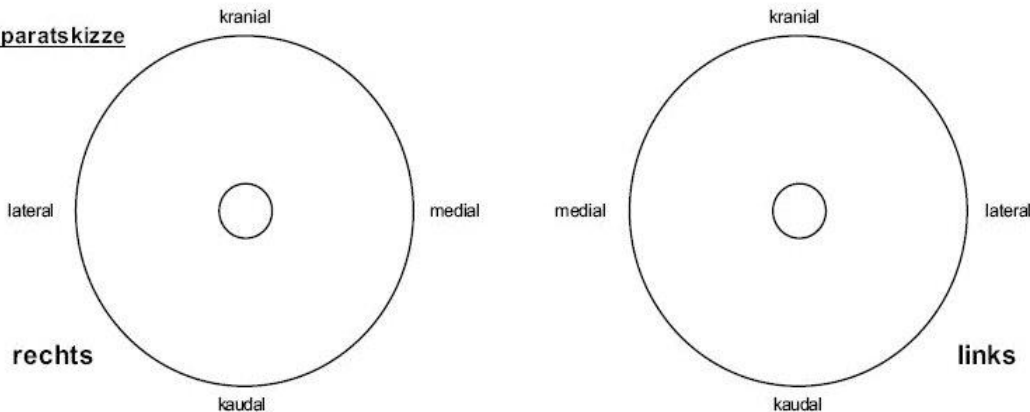
Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

1.	4.
2.	5.
3.	6.

Präparatskizze



Fadenmarkierungen:

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

Angaben:

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme

- | | |
|-----------|--------------------------|
| Erfassen | <input type="checkbox"/> |
| Zuschnitt | <input type="checkbox"/> |
| Labor | <input type="checkbox"/> |
| Pathologe | <input type="checkbox"/> |

Schnellschnitte

- | | |
|------------|--------------------------|
| Blöcke | <input type="checkbox"/> |
| Ausstriche | <input type="checkbox"/> |
| H&E | <input type="checkbox"/> |
| PAS | <input type="checkbox"/> |
| H&E/PAS | <input type="checkbox"/> |
| H&E/PAS/MB | <input type="checkbox"/> |
| Eisen | <input type="checkbox"/> |
| Giemsa | <input type="checkbox"/> |
| Kongo | <input type="checkbox"/> |
| EvG/vG | <input type="checkbox"/> |
| Alcian/PAS | <input type="checkbox"/> |
| Spezial | <input type="checkbox"/> |
| Immun | <input type="checkbox"/> |

Schnellschnitt

Schnelleinbettung

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT

oder
BELEGARZT

STATIONÄR

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. 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: K P S

(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 []

+ Material []

+ Morpho []

Entkalkung

Restmaterial

Eingang-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)