

# Begutachtungsauftrag Mammaphathologie

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"/> Behndl. gemäß §116 b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<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"/>
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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**PATHOLOGIE TRIER**

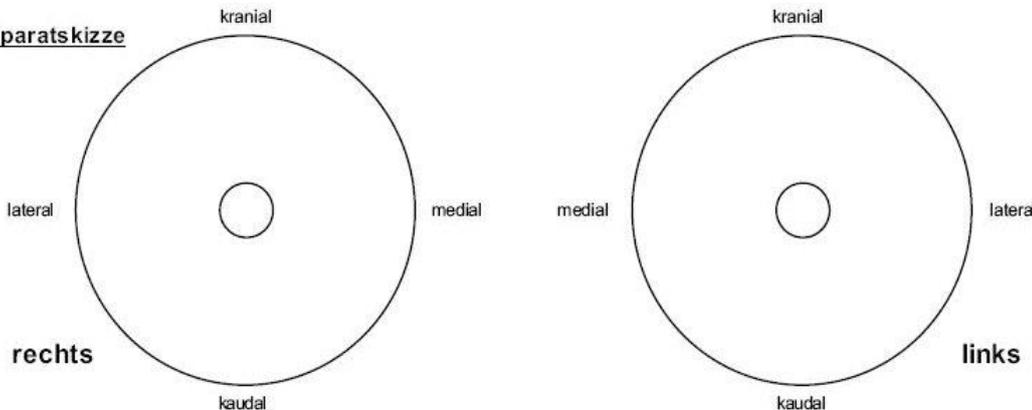
Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.

## Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

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

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

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)