

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Begutachtungsauftrag Hepatopathologie

☐ Kurativ	☐ Präventiv	☐ Behandl. gemäß §116 b SGB V	☐ bei belegärztl. Behandlung	Quartal
☐ Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2			Geschlecht
Überweisung an				
☐ Ausführung von Auftragsleistungen	☐ Konsiliar-untersuchungen	☐ Mit-/Weiter-behandlung	AU bis	
☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V				



**PATHOLOGIE
TRIER**

Histologie, Zytologie, Molekulare Diagnostik.

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung



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

Schnellschnitte

Blöcke

Ausstriche

H&E

PAS

H&E/AlcPAS

H&E/AlcPAS/MB

Eisen

Giemsa

Kongo

EvG/vG

Alcian/PAS

Spezial

Immun

Entkalkung

Restmaterial

Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)

Schnellschnitt

Schnelleinbettung

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT ☐

oder
BELEGARZT ☐

Hybrid DRG ☐

Angabe Hybrid-Nr.: _____

STATIONÄR ☐

Regelleistung ☐

oder
ärztl. Wahlleistung ☐

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich

Ärztliche Leitung & Geschäftsführung:

Prof. Dr. med. Torsten Hansen · PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto

Geschäftsführung:

Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen · Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann

Dr. rer. nat. Petra Wandernoth (Sprecherin der Geschäftsführung)

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 []
19317 []	19319 []	4801 []	4815A []
19320 []	19321 []	4802 []	4815AZ []
19322 []	01743 []	4852 []	pp []
40090 / 40092 / 40094 []			
S []			
		F []	Z []
		M []	R []
			Radio []
			Regr. []

Angaben Histo:

(vom Pathologen auszufüllen)

Foto	[]
+ POL	[]
+ RR	[]
+ Material	[]
+ Morpho	[]