

Begutachtungsauftrag Gastroenterologie-Histologie

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="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"/>
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"/>			



PATHOLOGIE TRIER

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

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

Befund/Medikation

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

Auftrag – Material (Art, Entnahme, Anzahl etc.)

1.	10.
2.	11.
3.	12.
4.	13.
5.	14.
6.	15.
7.	16.
8.	17.
9.	18.
Endoskopischer Befund – siehe Rückseite	

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Schnellschnitt Schnelleinbettung Befund per Fax Faxnummer: _____ Telefon: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p style="text-align: center;"><u>BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!</u></p> AMBULANT <input type="checkbox"/> STATIONÄR <input type="checkbox"/> oder BELEGARZT <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> oder ärztl. Wahlleistung <input type="checkbox"/>
--	--	--

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

Angaben Histo:
 (vom Pathologen auszufüllen)

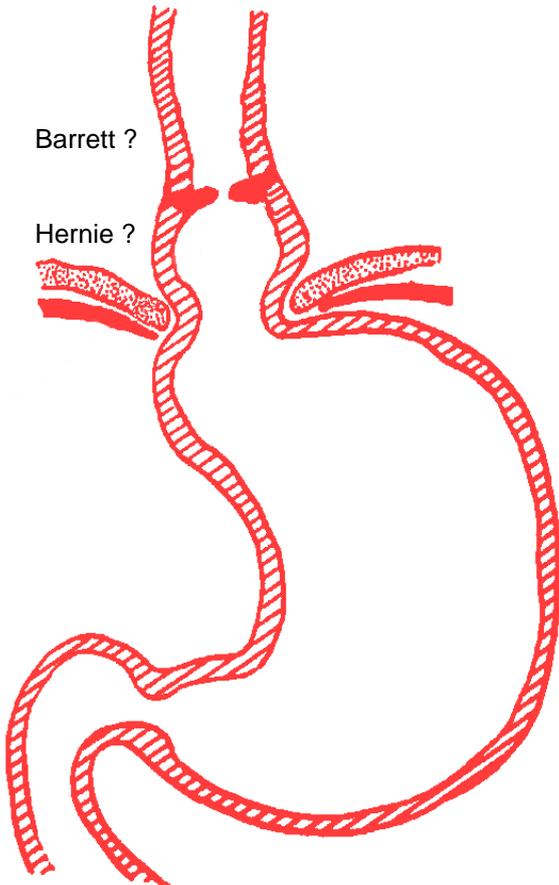
_____	[]
Foto	[]
+ POL	[]
+ RR	[]
Ö+C	[]
A+C	[]
+ Material	[]
+ Morpho	[]

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.		

ENDOSKOPISCHER BEFUND

Barcode

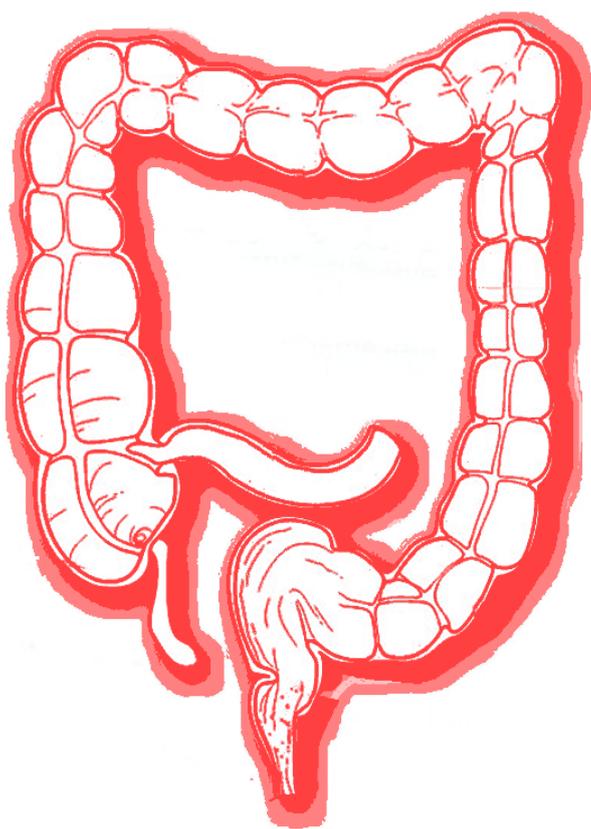


Ösophagus

GERD NERD Dysphagie
Stadium der Refluxkrankheit:
Savary-Miller: Los Angeles
Prag Klassifikation Barrett: C M

Magen

NSAR Z. n. HP-Eradikation
ASS Morbus Crohn
PPI-Therapie Z. n. Magen-OP



Colon

Morbus Crohn Colitis ulcerosa infek. Colitis
mikros. Colitis lymph. Colitis collag. Colitis
Ischämie NSAR/ASS Sprue
Chemotherapie Radio/Chemo
Durchfälle? Frequenz? _____x/tgl.

Polypabtragung/Mukosektomie

Teilentfernung vollständige Ab. Probebiopsie
