Begutachtungsauftrag Gelenkpathologie

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

Geschlecht

☐ Unfall Unfallfolgen — Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

AU bis

☐ Ausführung von Auftragsleistungen ☐ Konsilar-untersuchungen ☐ Mit-/Weiter-behandlung

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

PATHOLOGIE TRIER
Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.

ilac-MRA DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-21311-01-00

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

Befund/Medikation

Lokalisation
☐ Neosynovialis/SLIM ☐ periprothetische Membran
☐ ossär ☐ periimplantär ☐ extraartikulär

Prothesentyp/Implantattionstyp/Gleitpaarung
Prothesentyp/Hersteller: _____
☐ epiphsär ☐ metaphysär ☐ meta-diaphysär ☐ diaphysär
☐ zementiert ☐ nicht-zementiert
Material/Materialkombination: _____

Implantationszeitpunkt _____

Mikrobiologischer Befund: ☐ negativ Gram + / - ☐ Tbc ☐ Mykose

Allergologischer Befund: _____

Radiologische Defekt-Klassifikation:
Implantatmigration: ☐ <0,2mm ☐ >1 bis 2mm ☐ > 2mm
Ossäre Defekte: ☐ kavitär ☐ segmental ☐ kortikal ☐ metaphysär

Klinische Defektklassifikation:
☐ Fehlstellung ☐ Luxation ☐ Subluxation ☐ Fraktur ☐ Arthrofibrose
☐ Scapular notching
☐ Gelenkinstabilität ☐ Neurologische/funktionelle Beschwerden

Rheumatische Erkrankungen
☐ Rheumatoide Arthritis ☐ Arthrose ☐ Pseudogicht

Metabolische/hormonelle Störungen
☐ Diabetes mellitus ☐ Gicht ☐ Osteoporose ☐ Parathormonstörungen

Andere Erkrankungen: ☐ Wundheilungsstörung ☐ Niereninsuffizienz ☐ PAVK

BMI: _____ ☐ Mikrofotografische Befunddokumentation erwünscht

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
Schnellschnitte	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
CAE	
Ölrot	
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
Hybrid DRG ☐ **ärztl. Wahlleistung** ☐
Angabe Hybrid-Nr.: _____

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH
Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich
Ärztliche Leiter:
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
PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto · 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	[ ]

Eingangs-Datum
(vom Pathologen auszufüllen)