

Begutachtungsauftrag Prostatapathologie

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="text" value=""/>		
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V					



PATHOLOGIE TRIER

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung



RECHTS		LINKS	
1 RFL1		7 LFL1	
2 RFL2		8 LFL2	
3 RA 2		9 LA2	
4 RB		10 LB	
5 RM		11 LM	
6 RA1		12 LA1	
Tastbefund: auffällig [] unauffällig [] _____			
PSA (ng/ml): _____			
Ultraschall/MR: _____			

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme	<input type="checkbox"/>
Erfassen	<input type="checkbox"/>
Zuschnitt	<input type="checkbox"/>
Labor	<input type="checkbox"/>
Pathologe	<input type="checkbox"/>
Schnellschnitte	<input type="checkbox"/>
Blöcke	<input type="checkbox"/>
Ausstriche	<input type="checkbox"/>
H&E	<input type="checkbox"/>
PAS	<input type="checkbox"/>
H&E/AicPAS	<input type="checkbox"/>
H&E/AicPAS/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 Immun	<input type="checkbox"/>
Entkalkung	<input type="checkbox"/>
Restmaterial	<input type="checkbox"/>

Schnellschnitt <input type="checkbox"/> Schnelleinbettung <input type="checkbox"/> Befund per Fax <input type="checkbox"/> Faxnummer: _____ Telefon: _____	<u>BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!</u> AMBULANT <input type="checkbox"/> oder BELEGARZT <input type="checkbox"/>	STATIONÄR <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

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 Reqr.