Begutachtungsauftrag Mammapathologie

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.

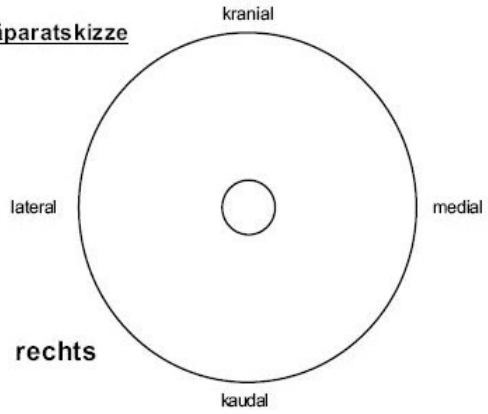
ilac-MRA DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-21311-01-00

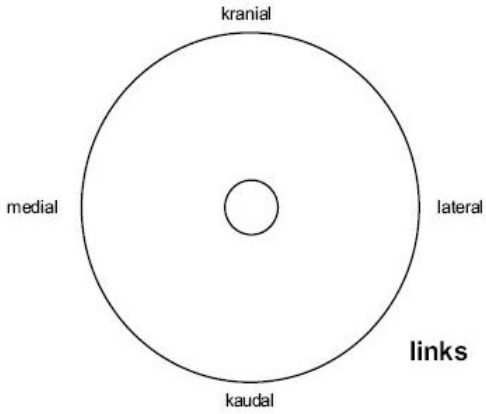
Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

1. 4.
2. 5.
3. 6.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Präparatskizze





Fadenmarkierungen:

[ ] doppelt lang = mamillennah
[ ] einfach lang = peripher
[ ] doppelt kurz = thoraxwandfern
[ ] andere:

Angaben:

	Ja / Nein		Ja / Nein
Stanze	[ ] / [ ]	BET	[ ] / [ ]
Mammotom	[ ] / [ ]	Ablatio	[ ] / [ ]
Mikrokalk	[ ] / [ ]		

Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	

Schnellschnitt ☐
Schnelleinbettung ☐
Befund per Fax ☐
Faxnummer: _____
Telefon: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT ☐ oder **BELEGARZT** ☐
STATIONÄR ☐ oder **Regelleistung** ☐ oder **ärztl. Wahlleistung** ☐
Hybrid DRG ☐
Angabe Hybrid-Nr.: _____

Schnellschnitte		**Spezial**	
Blöcke		**Immun**	
Ausstriche			
H&E			
PAS			
H&E/PAS			
H&E/PAS/MB			
Eisen			
Giemsa			
Kongo			
EvG/vG			
Alcian/PAS			
Entkalkung			
Restmaterial			

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.

FB - Anlage 13_2.28 BGA Mammapathologie 260909

Angaben Histo:
(vom Pathologen auszufüllen)

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

Eingangs-Datum
(vom Pathologen auszufüllen)