

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

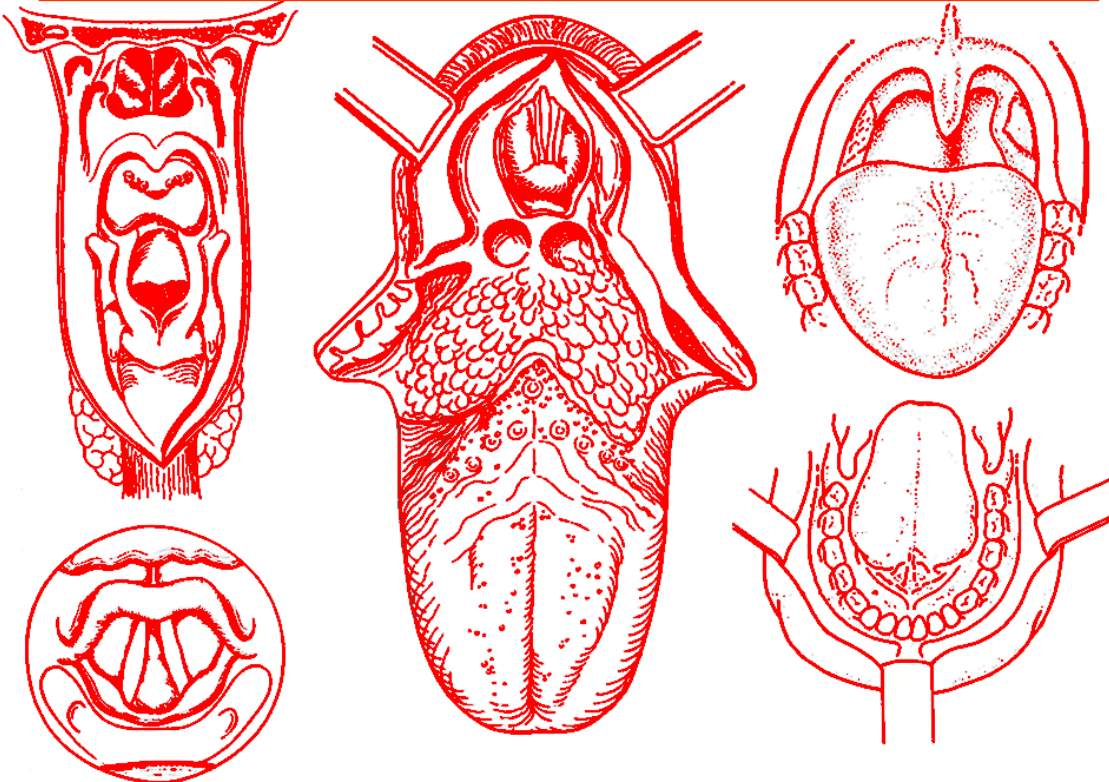
# Begutachtungsauftrag HNO

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 Unfallsfolgen	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					

## Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

**MVZ TRIER**  
Histologie • Zytologie  
Molekulare Diagnostik



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

<b>Materialannahme</b>	
<b>Erfassen</b>	
<b>Zuschnitt</b>	
<b>Labor</b>	
<b>Pathologe</b>	
<b>Schnellschnitte</b>	
<b>Blöcke</b>	
<b>Ausstriche</b>	
<b>H&amp;E</b>	
<b>PAS</b>	
<b>H&amp;E/AicPAS</b>	
<b>H&amp;E/AicPAS/MB</b>	
<b>Eisen</b>	
<b>Giemsa</b>	
<b>Kongo</b>	
<b>EvG/vG</b>	
<b>Alcian-PAS</b>	
<b>Spezial/Immun/</b>	
<b>Entkalkung</b>	
<b>Restmaterial</b>	
<b>Eingangs-Datum</b> <small>(vom Pathologen auszufüllen)</small>	

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

**MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH**  
 Ärztlicher Leiter/Geschäftsführer: PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto · Prof. Dr. med. Veit Krenn  
 Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann · Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen  
**Max-Planck-Str.5 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier**  
 Tel.: 0651 / 99258320 · Fax: 0651 / 99258383 · Email: praxis@patho-trier.de  
 Hotline für Transportdienstleistungen Tel.: 0800 / 1110012

<b>Leistungserfassung : K</b> <input type="checkbox"/> <b>P</b> <input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <small>(vom Pathologen auszufüllen)</small> 19310 [ ] 19312 [ ] 4800 [ ] 4815 [ ] 19320 [ ] 19321 [ ] 4801 [ ] 4815A [ ] 19322 [ ] _____ [ ] 4802 [ ] 4852 [ ] 40100 [ ] 40144 [ ] _____ [ ] pp [ ]  S [ ] 4815: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] F Z M R Radio Regr.	<b>Angaben Histo:</b> <small>(vom Pathologen auszufüllen)</small> _____ [ ] Foto [ ] + POL [ ] + RR [ ] + Material [ ] + Morpho [ ]
---	--