

# Begutachtungsauftrag Gelenkpathologie

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kassen-Nr.    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

Quartal

Kurativ     Präventiv     Behndl. gemäß §116 b SGB V     bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallsfolgen    Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen     Konsiliaruntersuchungen     Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

AU bis

Geschlecht



**PATHOLOGIE TRIER**

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.



## Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

## Befund/Medikation

**Lokalisation**

Neosynovialis/SLIM     periprothetische Membran

ossär     periimplantär     extraartikulär

**Prothesentyp/Implantationstyp/Gleitpaarung**

Prothesentyp/Hersteller: \_\_\_\_\_

epiphysär     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

H&E/AIcPAS

H&E/AIcPAS/MB

Eisen

Giemsa

Kongo

EvG/vG

Alcian-PAS

Spezial/

Immun

Entkalkung

Restmaterial

Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)

Schnellschnitt

Schnelleinbettung

Befund per Fax

Faxnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!**

AMBULANT

oder

BELEGARZT



STATIONÄR

Regelleistung

oder

ärztl. Wahlleistung




## 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. med. 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 Regr.

Angaben Histo:

(vom Pathologen auszufüllen)

\_\_\_\_\_ [ ]

Foto [ ]

+ POL [ ]

+ RR [ ]

+ Material [ ]

+ Morpho [ ]