

# Begutachtungsauftrag Dermatopathologie

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   
  Konsiliar-untersuchungen   
  Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

AU bis



**PATHOLOGIE TRIER**

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.

**Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung**

Plattenepithelkarzinom   
  Basalzellkarzinom   
  Aktinische Keratose

Dysplastischer Nävus   
  Melanom   
  Lentigo maligna   
  Entzündliche Dermatose

**Befund/Medikation**



Hautkrebscreening   
  DD Ekzem / Psoriasis (PsorX Test)   
  DIF / Michels Medium

**Auftrag - Material (Art, Entnahme, Anzahl etc.)**

Exzision	Stanze	Shave	Kürettage	Elektrokaustik
Bildokumentation auf der Rückseite ➡ b.w.				
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**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 [ ]	19315 [ ]	4815 [ ]
19317 [ ]	19319 [ ]	4800 [ ]	4815A [ ]
19320 [ ]	19321 [ ]	4801 [ ]	4815AZ [ ]
19322 [ ]	01743 [ ]	4802 [ ]	pp [ ]
40090 / 40092 / 40094 [ ]		4852 [ ]	_____ [ ]
S [ ]		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
		F Z M R	Radio Regr.

**Angaben Histo:**  
(vom Pathologen auszufüllen)

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

Foto [ ]

+ POL [ ]

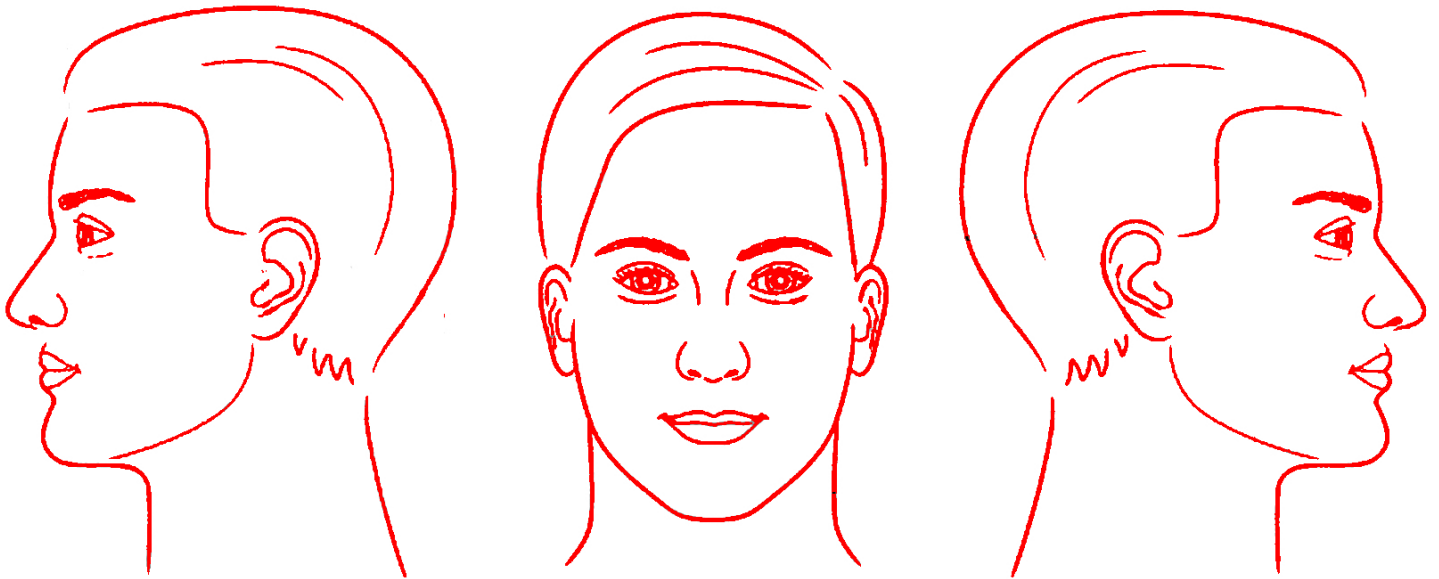
+ RR [ ]

+ Material [ ]

+ Morpho [ ]

<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/PAS</b>	
<b>Eisen</b>	
<b>Giemsa</b>	
<b>Kongo</b>	
<b>EvG/vG</b>	
<b>Alcian-PAS</b>	
<b>Spezial</b>	
<b>Immun</b>	
<b>Entkalkung</b>	
<b>Restmaterial</b>	
<b>Eingangsdatum</b> <small>(vom Pathologen auszufüllen)</small>	

Barcode



Bitte jede Entnahmelokalisation mit Nr. einzeichnen!

