

Begutachtungsauftrag Nieren-Biopsien

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 Unfallfolgen
 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

Befund/Medikation

Urin		<u>Klinische Diagnose:</u> <u>Beginn der Erkrankung:</u> <u>Klinische Erscheinung/Fragestellung:</u> <u>Ultraschall:</u> <u>Blutdruck:</u> _____ / _____
g/d Proteinurie		
Hämaturie		
Leukozyturie		
hyaline Zylinder		
granulierte Zylinder		
Serum		
mg% Harnstoff		
mg% Kreatinin		
Kreatinin Clearance		
g% Gesamteiweiß		
% Albumin		
% α1		
% α2		
% β		
% γ		
ANCA's		
LE		

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	

Schnellschnitt Schnelleinbettung Befund per Fax Faxnummer: _____ Telefon: _____	<p style="text-align: center;">BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!</p> AMBULANT <input type="checkbox"/> STATIONÄR <input type="checkbox"/> oder BELEGARZT <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> oder Hybrid DRG <input type="checkbox"/> ärztl. Wahlleistung <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> (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 Repr.	Angaben Histo: (vom Pathologen auszufüllen) _____ [] [] Foto [] [] + POL [] [] + RR [] [] + Material [] [] + Morpho [] []
--	---

Eingangsdatum
 (vom Pathologen auszufüllen)