

Begutachtungsauftrag Mammaphathologie

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

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					

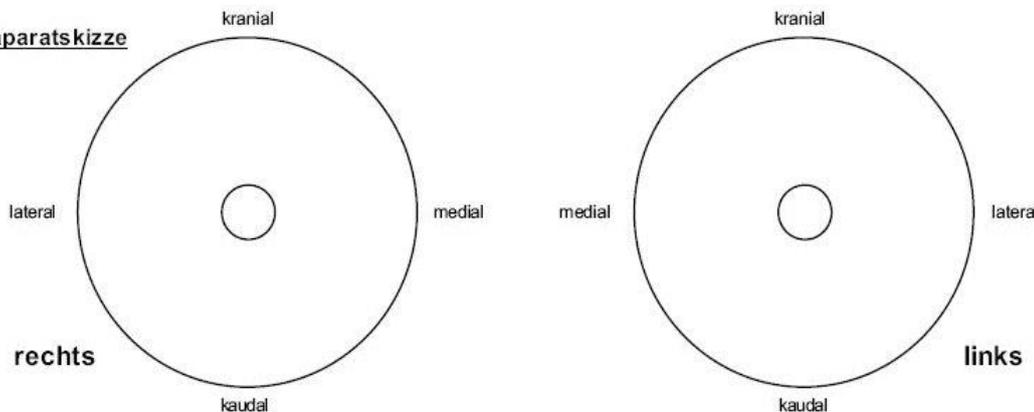
Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

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

MVZ TRIER
Histologie • Zytologie
Molekulare Diagnostik



Präparatskizze



Fadenmarkierungen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> doppelt lang = mamillennah | <input type="checkbox"/> doppelt kurz = thoraxwandfern |
| <input type="checkbox"/> einfach lang = peripher | <input type="checkbox"/> andere: |

Angaben:

- | | | | |
|-----------|---|---------|---|
| Stanze | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein | BET | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein |
| Mammotom | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein | Ablatio | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein |
| Mikrokalk | <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein | | |

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme

- Erfassen
- Zuschnitt
- Labor
- Pathologe

Schnellschnitte

- Blöcke
- Ausstriche
- H&E
- PAS
- H&E/PAS
- H&E/PAS/MB
- Eisen
- Giemsa
- Kongo
- EvG/vG
- Alcian/PAS
- Spezial
- Immun

- Entkalkung
- Restmaterial

Eingangsdatum
(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

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

Leistungserfassung: K P S
(vom Pathologen auszufüllen)

- | | | | |
|-----------|-------------|-------------------------|-----------------|
| 19310 [] | 19312 [] | 4800 [] | 4815 [] |
| 19320 [] | 19321 [] | 4801 [] | 4815A [] |
| 19322 [] | _____ [] | 4802 [] | 4815AZ [] |
| 40144 [] | 40100 [] | 4852 [] | pp [] |
| 01743 [] | | | |
| S [] | 4815 / 4802 | [] [] [] [] [] [] | [] [] [] [] |
| | | F Z M R | Radio Regr. |

Angaben Histo:
(vom Pathologen auszufüllen)

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