

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

Überweisungsschein

06

Quartal

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß § 116b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Q J J
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2			T T M M J J
Überweisung an				
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliar- untersuchung	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiter- behandlung	AU bis	
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V			T T M M J J	

Geschlecht

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 6 (10.2019)

Institut für Pathologie Kaufbeuren – Ravensburg

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Hauptbetriebsstätte Kaufbeuren

Dr. med. Marlene Lessel

Prof. Dr. med. Andreas Gaumann

PD Dr. med. Stephan Schwarz-Furlan

Dr. med. Cyril Bank

Dr. med. Joachim Alfer

Dr.-Gutermann-Str. 6

87600 Kaufbeuren

Tel: 08341/9609-40 Fax: 08341/96094-26

www.pathologie-kaufbeuren.de

info@pathologie-kaufbeuren.de

Antrag auf histologische und zytologische Begutachtung - 3

Ambulant Stationär Wahlleistung/Privat (mit Einverständnis des Patienten) BG

Untersuchungsgut/Lokalisation

Klinische Fragestellung

Klinische Angaben

Befundkopie an:

Bitte freilassen für interne Angaben

- Endoprothetik / Periprothetische Membranen / Arthrofibrose:**
Implantationszeitpunkt _____ Prothesentyp/Gleitpaarung _____
Mikrobiologischer Befund _____ Metall/Nickel-Allergie _____
- Synovialbiopsie / Synovektomie:**
Erkrankung des rheumat. Formenkreises? Rheumatoide Arthritis (RA) Psoriasis
 M.Bechterew andere: _____ Rheumafaktor positiv Ja Nein unbek.
andere Erkrankung: Reaktive Arthritis Osteoarthrose Gicht Pseudogicht
Mikrobiologischer Befund: _____
- Tendopathie / Meniscopeathie / Bursitis:**
 Z. n. Trauma Zeitraum _____ Z. n. Sehnenplastik Bursitis
- Tumor / Tumorähnliche Veränderung:**
Lokalisation _____ radiologischer Befund: _____
- Knochenerkrankungen: Klinische Diagnose/Röntgenbefundung**

 Knochennekrose Osteomyelitis low grade Infektion high grade Infektion
 Osteopenie renale Erkrankung andere Erkrankung: _____

Auspacken: **Wegpacken:** **Zuschnitt:** **Färbung:** **Sortierung:**

GOÄ

Kürzel	Ziffer	Anz.
00	4800	X
02	4802	X
15	4815	X
50	Hormonelle Funktion	X
51	4851	X
52	4852	X
H16	Schnellschnitt GOÄ	X
	60	X
H20	4815 A - Zytochemie Analogziffer	X
H30	4815 A (x2) - Immunhistochemie	X
H32	4815 A (x4) Hormonrezeptoren	X
H33	4815 A (x3) - HER2/neu GOÄ	X
H40	Zuschlag f. Makroskopie	X
H50	4815 A (M) Morphometrie	X
H75	Krankheits- Befundbericht	X
tuk	Tumorkonferenz	X

EBM

Ziffer	Anzahl
40100	X
01743 (vp)	X
01768	X
19310	X
19312	X
19313	X
19315	X
19318	x
19319	x
19320	X
19321	X
19322	X
19330	X
32819	X