

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

- | | | |
|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ KV | ☐ Stationär | ☐ Privat |
| ☐ ASV | ☐ AOP 88115 | ☐ Vorsorge |

Einsenderin/Einsender (Kassenarztstempel)



**Zentrum für Histologie, Zytologie
und Molekularpathologie
Wiesbaden**

Gemeinschaftspraxis Pathologie
Ludwig-Erhard-Str. 100
65199 Wiesbaden

T +49 (0)611 424018
F +49 (0)611 42983

info@wiesbaden-patho.de
wiesbaden-patho.de

Prof. Dr. med. Mark Kriegsmann
Priv. Doz. Dr. med. Christoph Renné
Priv. Doz. Dr. med. Klaus Willenbrock

Dr. med. Sonja Stallmann*
Dr. med. Susan Trouet*
Dr. med. Britta Walter*

* angestellte Ärztinnen



Interner Barcode

Untersuchungsauftrag Orthopädie

☐ **Befund eilt**

Klinische Angaben (Material, Verdachtsdiagnose und Fragestellung)		
Material ☐ Knochen ☐ Periprothetisch ☐ Periimplanär ☐ Extraartikulär ☐ Synovialis ☐ Sehne ☐ Meniskus ☐ V.a. Tumor	Klinische Angaben/Fragestellungen ☐ Rheumatoide Arthritis ☐ Arthrose ☐ Implantatlockerung/-wechsel ☐ Infektion/Sepsis ☐ Fraktur/Trauma ☐ Gicht/Pseudogicht ☐ Reaktive Arthritis ☐ Fibromatose (Dupuytren/Ledderhose) ☐ SLIM-Klassifikation ☐ Synovialitis-Score ☐ Epiphysär ☐ Metaphysär ☐ Meta-Diaphysär ☐ Diaphysär	☐ Niereninsuffizienz ☐ Diabetes mellitus ☐ Parathormonstörung ☐ Vaskulitis ☐ Rheumafaktor: pos. ☐ Anti-CCP: pos. ☐ Medikamente:
Weitere Angaben/ Radiologische Befundinterpretation		
Datum, Unterschrift Nachrichtlich an		