**Begutachtungsauftrag Endoprothetik**

|  |
| --- |
| **Patientenaufkleber/bzw. Patientendaten** |
| Formulareingabe für Patientendaten |
| Formulareingabe für Patientendaten |
| Formulareingabe für Patientendaten |
|  |

**Institut für Pathologie**

**Chefarzt:**

Prof. Dr. Gerald Niedobitek, FRCPath

**FON:** Sekretariat: (0)30 55 18 - 28 11

Labor: - 28 15

**FAX:** - 28 99

**E-MAIL:** g.niedobitek@sana-kl.de

**Lokalisation des Untersuchungsmaterials:**

Synovia

Periprothetische Membran

Ossär

Periimplantär

Extraartikulär

**Prothese:** Material: Formulareingabe Material

Zementiert:  ja  nein

Implantationszeitpunkt: Formulareingabe Implantationszeitpunkt

**Mikrobiologie:**  negativ  positiv Befund: Formulareingabe  unbekannt

**Andere Befunde:**  Rheumatoide Arthritis

Pseudogicht

Gicht

Arthrose

**Allergologische Befunde:** Formulareingabe allergologische Befunde     

**Klinische Symptomatik:**  Fehlstellung

Luxation

Fraktur

Arthrofibrose

Instabilität

Neurologische/funktionelle Beschwerden

…………………………… …………….. ………………………………….. …………………….…….

|  |  |
| --- | --- |
| **Nur von der Pathologie auszufüllen**  Hier kann der entsprechende Text platziert werden. Hier kann der entsprechende Text platziert werden. | **Abrechnung:**  Hier kann Text platziert werden. |

Stempel / Anfordernder Arzt Datum Unterschrift des einsendenden Arztes Telefon