**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