

Begutachtungsauftrag Sarkomdiagnostik Molekularpathologie

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

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behandl. gemäß §116 b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Quartal
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallsfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2			Geschlecht
Überweisung an _____				
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchungen	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis	
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V				

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung (histologische Diagnose möglichst in Kopie beilegen)

MVZ TRIER
Histologie • Zytologie
Molekulare Diagnostik



FISH-basierte Nachweise

- | | | |
|---|-----------------|--|
| <input type="checkbox"/> CDK4-Amplifikation | | Liposarkom, Osteosarkom, Chondrosarkom |
| <input type="checkbox"/> MDM2-Amplifikation | | Liposarkom |
| <input type="checkbox"/> MYC-Amplifikation | | Angiosarkom |
| <input type="checkbox"/> CHOP- (DDIT3-) Rearrangement | (12q13.3) | Myxoides Liposarkom |
| <input type="checkbox"/> FUS-Rearrangement | (16p11.2) | Myxoides Liposarkom u.a. |
| <input type="checkbox"/> SYT- (SS18-) Rearrangement | (18q11.2) | Synoviales Sarkom |
| <input type="checkbox"/> TFE3-Rearrangement | (Xp11.23) | alveoläres Weichteilsarkom |
| <input type="checkbox"/> JAZF1-Rearrangement | (7p15.2-p15.1) | Endometriales Stromasarkom |
| <input type="checkbox"/> COL1A1/PDGFB-Translokation | (17;22)(q21;13) | Dermatofibrosarcoma protuberans |
| <input type="checkbox"/> EWSR1-Rearrangement | (22q12.2) | Ewing-Sarkom, Klarzellsarkom, Desmoplastischer Rundzelltumor |

Mutationsanalysen

- CTNNB1 (β-Catenin) (Exon 3)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme	
Erfassen	
Allgem. Labor	
Mol. Auswertung	
Pathologe	

Präparat-Nr. Einsender

Fall-Nr. MVZ Trier

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

Ansprechpartner: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

- | | | | |
|------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| AMBULANT | <input type="checkbox"/> | STATIONÄR | <input type="checkbox"/> |
| oder | | | |
| BELEGARZT | <input type="checkbox"/> | Regelleistung | <input type="checkbox"/> |
| | | oder | |
| IGEL | <input type="checkbox"/> | ärztl. Wahlleistung | <input type="checkbox"/> |

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Ärztlicher Leiter/Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann · PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto
Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen

Max-Planck-Str. 17 · 54296 Trier · Postfach 2806 · 54218 Trier

Tel.: 0651/1461830 · Fax: 0651/14618323 · Email: labor@molekularpatho-trier.de
Hotline für Transportdienstleistungen Tel.: 0800 / 1110012

Leistungserfassung

(vom Pathologen auszufüllen)

M

T

Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)

FB - Anlage 39_2.28 BGA Sarkomdiagnostik
Molekularpathologie_210927

