

Begutachtungsauftrag hämatologische Diagnostik 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"/> Behndl. gemäß §116 b SGB V | <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung | Quartal |
| <input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen | Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2 | | | Geschlecht |
| Überweisung an _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen | <input type="checkbox"/> Konsiliar-untersuchungen | <input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung | AU bis | |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V | | | | |

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

MVZ TRIER
 Histologie • Zytologie
 Molekulare Diagnostik



Diagnostik Lymphome / B-, T-Zell-Neoplasien / Leukämien / Myeloproliferative Neoplasien / Mastozytose

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> B-Zell-Rezeptor IGH (FR1-3) Klonalitätsanalyse | EBV Diagnostik | |
| <input type="checkbox"/> T-Zell-Rezeptor γ (TCRG) Klonalitätsanalyse | <input type="checkbox"/> EBER-SISH | |
| <input type="checkbox"/> κ/λ-Leichtketten-SISH | <input type="checkbox"/> EBV-PCR (Panel inkl. HSV1/2, VZV, CMV, HHV6) | |
| <input type="checkbox"/> IGH-Rearrangement (14q32) | | |
| <input type="checkbox"/> BCL2-Rearrangement (18q21) | | |
| <input type="checkbox"/> BCL6-Rearrangement (3q27) | | |
| <input type="checkbox"/> MYC-Rearrangement (8q24) | | |
| <input type="checkbox"/> IGH-MYC- Translokation t(8;14)(q24;q32) | Burkitt-Lymphom | |
| <input type="checkbox"/> IGL-Rearrangement (22q11) | Burkitt-Lymphom | |
| <input type="checkbox"/> IGK-Rearrangement (2p11) | Burkitt-Lymphom | |
| <input type="checkbox"/> MALT1-Rearrangement (8q21.32) | Marginalzonenlymphom | |
| <input type="checkbox"/> IGH-CCND1-Translokation t(11;14)(q13;q32) | Mantelzell-Lymphom | |
| <input type="checkbox"/> IGH-BCL2-Translokation t(14;18)(q32;q21) | Follikuläres Lymphom | |
| <input type="checkbox"/> MYB-Rearrangement (6q23.3) | T-Zell-Lymphome/Leukämien | |
| <input type="checkbox"/> TP53-Deletion (17p13) | | |
| <input type="checkbox"/> BCR-ABL-Translokation t(9;22)(q34;q11) | Chronische myeloische Leukämie | |
| <input type="checkbox"/> MPN Assay | Myeloproliferative Neoplasien | |
| CALR Exon 9 | | |
| JAK2 Exon 14 | | |
| MPL Exon 10 | | |
| <input type="checkbox"/> Mastozytose | | |
| KIT D816V | | |

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

| | |
|------------------------|--|
| Materialannahme | |
| Erfassen | |
| Allgem. Labor | |
| Mol. Auswertung | |
| Pathologe | |

Präparat-Nr. Einsender

Fall-Nr. MVZ Trier

| | |
|--|---|
| Befund per Fax <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> | Eingangs-Datum (vom Pathologen auszufüllen) |
|---|--|---|

