

Begutachtungsauftrag Parodontitis

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

Quartal

Kurativ
 Präventiv
 Behandl. gemäß §116 b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchungen
 Mit-/Weiterbehandlung
 AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

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

MVZ TRIER
 Histologie • Zytologie
 Molekulare Diagnostik



Befunderhebungsbogen Parodontitis f. BAC-Dent 2.4®-Parodontitis Test

Klinische Diagnose

lokalisierte Form
 generalisierte Form
 aggressive Form
 refraktäre Form
 chronische Parodontitis

Risikofaktoren

Diabetes
 Schwangerschaft
 Immunsuppression
 Infektanfälligkeit
 akuter Allgemeininfekt
 Raucher
 genetische Disposition
 Parodontalerkrankungen in der Familie

Therapie

vorangegangene Antibiotikatherapie? _____
(beeinflusst nicht das Testergebnis!)

Bitte mindestens 3 Spitzen sterile Spitzen nach Materialentnahme in die Eppendorf-Röhrchen stecken und dann zusammen mit dem Befundbogen in die Versandtasche geben und versenden.

Parodontitis-LCD-Array-Chip (BAC-Dent 2.4®):

Array zur Detektion von pathogenen Bakterien, die als wesentliche Ursache einer Parodontitis von herausragender Bedeutung sind. Folgende Erreger werden detektiert:

Aggregatibacter actinomycetemcomitans	Prevotella intermedia
Porphyromonas gingivalis	Treponema denticola
Tannerella forsythia	Campylobacter rectus/showae
Eikenella corrodens	Capnocytophaga gingivalis/ochracea
Parvimonas micra	Eubacterium nodatum
Fusobacterium sp	

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arztes

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

Materialannahme	<input type="text"/>
Erfassen	<input type="text"/>
Allgem. Labor	<input type="text"/>
Mol. Auswertung	<input type="text"/>
Pathologe	<input type="text"/>

Fallnummer extern

Fallnummer MVZ Trier

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

Ansprechpartner: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT
 STATIONÄR
 oder
BELEGARZT
 Regelleistung
 oder
IGEL
 ärztl. Wahlleistung

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Ärztlicher Leiter/Geschäftsführer: PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto · Prof. Dr. med. Veit Krenn
 Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann · 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 30_2.28 BGA Parodontitis 211020