

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: 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 <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	Eingangs-Datum (vom Pathologen auszufüllen)
---	--	---

