

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	<input type="checkbox"/> 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"/>	BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!
Faxnummer: _____	AMBULANT <input type="checkbox"/> STATIONÄR <input type="checkbox"/>
Telefon: _____	oder BELEGARZT <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/>
Ansprechpartner: _____	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 T

Eingangs-Datum
(vom Pathologen auszufüllen)

FB - Anlage 37_2.28 BGA hämatologische Diagnostik Molekularpathologie 211020

