

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 Unfallfolgen | 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 <input type="checkbox"/> Faxnummer: _____ Telefon: _____ Ansprechpartner: _____ | BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN! | |
| | AMBULANT <input type="checkbox"/> oder BELEGARZT <input type="checkbox"/> IGE <input type="checkbox"/> | STATIONÄR <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> oder 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 39_2.28 BGA Sarkomdiagnostik Molekularpathologie 211020

