

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

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

Erfassen

Allgem. Labor

Mol. Auswertung

Pathologe

Fallnummer extern

Fallnummer MVZ Trier

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

Ansprechpartner: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

- AMBULANT
 STATIONÄR
 BELEGARZT
 Regelleistung
 IGEL
 ärztl. Wahlleistung

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

T

Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)