

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

Begutachtungsauftrag Parodontitis

☐ Kurativ	☐ Präventiv	☐ Behandl. gemäß §116 b SGB V	☐ bei belegärztl. Behandlung	Quartal
☐ Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2			Geschlecht
Überweisung an				
☐ Ausführung von Auftragsleistungen	☐ Konsiliar-untersuchungen	☐ Mit-/Weiter-behandlung	AU bis	
☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V				



**PATHOLOGIE
TRIER**

Histologie, Zytologie, Molekulare Diagnostik.

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



Befunderhebungsbogen Parodontitis für Micro-Ident® plus11 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 Spitzer sterile Spitzer nach Materialentnahme in die Eppendorf-Röhrchen stecken und dann zusammen mit dem Befundbogen in die Versandtasche geben und versenden.

Micro-Ident® plus11:

Molekulargenetisches Testsystem zur kombinierten Bestimmung von elf parodontopathogenen Bakterienspezies aus subgingivalen Plaqueproben. Folgende Markerkeime können nachgewiesen werden:

Aggregatibacter actinomycetemcomitans	Prevotella intermedia
Porphyromonas gingivalis	Treponema denticola
Tannerella forsythia	Campylobacter rectus
Eikenella corrodens	Capnocytophaga spp. (gingivalis/ochracea/sputigena)
Parvimonas micra	Eubacterium nodatum
Fusobacterium nucleatum/periodonticum	

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 |
| oder | |
| ☐ BELEGARZT | ☐ Regelleistung |
| | oder |
| ☐ IGEL | ☐ ärztl. Wahlleistung |
| ☐ Hybrid DRG | |
| Angabe Hybrid-Nr.: _____ | |

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich

Ärztliche Leiter:

Prof. Dr. med. Torsten Hansen · PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto

Geschäftsführung:

Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen · Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann
PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto · Dr. rer. nat. Petra Wandernoth (Sprecherin der Geschäftsführung)

Max-Planck-Str. 17 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier

Tel.: 0651 / 948 714 000 · Fax: 0651 / 948 714 098 · Email: mol@patho-trier.de

Hotline für Transportdienstleistungen: 0800 / 1110012

Leistungserfassung

(vom Pathologen auszufüllen)

M ☐

T ☐

Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)