

Begutachtungsauftrag Parodontitis

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

Quartal

Kurativ
 Präventiv
 Behndl. gemäß §116 b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallsfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchungen
 Mit-/Weiterbehandlung
 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 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 Spitzer sterile Spitzer 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
 oder
BELEGARZT
 Regelleistung
 oder
IGEL
 ärztl. Wahlleistung

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich

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 (Ärztlicher Leiter) · Dr. rer. nat. Petra Wandernoth

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)