

Begutachtungsauftrag Dermatomykosen-Test

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

Quartal

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behndl. gemäß §116 b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Überweisung an <input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchungen	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V					



PATHOLOGIE TRIER

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.

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



Begutachtungsauftrag Dermatomykosen-Test

Hiermit beauftrage ich das MVZHMD Trier am Material mit der Fallnummer:

den PCR-basierten EuroArray Dermatomycosis-Test (Eurolmmun) durchzuführen, der den spezifischen Nachweis von 56 verschiedenen Pilzerregern erlaubt, die Haut-, Haar- und Nagelinfektionen verursachen.

Der Test umfasst ein Spektrum von 23 Dermatophyten-Arten, 3 Hefe-, 3 Schimmelpilzspezies sowie weitere im Rahmen eines Universalnachweises zusammengefasste Dermatophyten-Spezies.

Zur Durchführung benötigen wir:

- Native Proben (Hautabstrich, Haare oder Nagelspäne)
- FFPE-Gewebeprobe
- ggf. histologischer Befundbericht
- Unterschriebener Kostenvoranschlag (zwingend zur Testdurchführung erforderlich)

Weitere Informationen erhalten Sie jederzeit gerne per Telefon, Mail oder Post.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme	<input type="checkbox"/>
Erfassen	<input type="checkbox"/>
Allgem. Labor	<input type="checkbox"/>
Mol. Auswertung	<input type="checkbox"/>
Pathologe	<input type="checkbox"/>

Fallnummer extern

Fallnummer MVZ Trier

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

Ansprechpartner: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT <input type="checkbox"/>	STATIONÄR <input type="checkbox"/>
oder	
BELEGARZT <input type="checkbox"/>	Regelleistung <input type="checkbox"/>
	oder
IGEL <input type="checkbox"/>	ärztl. Wahlleistung <input type="checkbox"/>
Hybrid DRG <input type="checkbox"/>	
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)