

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

Begutachtungsauftrag Merlin™ -Test

☐ 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)



Begutachtungsauftrag Merlin™ - Test

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

den Merlin™ -Test durchzuführen.

Der Merlin™-Test ist eine Genexpressionsanalyse zur Bestimmung des Metastasierungsrisikos und der Risikostratifizierung von Melanomen. Der Test wird am primären Tumorgewebe, dass für die Melanomdiagnose entnommen wurde, durchgeführt und kann in Einzelfällen abhängig vom Ergebnis die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie ersetzen. Dabei wird eine Kombination aus klinisch-pathologischen Faktoren, wie Alter des Patienten, Breslow-Dicke und dem Genexpressionsprofil von 8 spezifischen Genen, welche an der Krebsmetastasierung und der Melanosomen-Biogenese beteiligt sind, verwendet. Der Test ist in einem CE-IVD-Kit verfügbar.

Zur Durchführung benötigen wir:

- FFPE- Gewebe der primären kutanen Melanombiopsie
- Histologischer Befund
- Unterschriebener Kostenvoranschlag (zwingend zur Testdurchführung erforderlich)

nachfolgend aufgelisteten Angaben

- Klinische T-Stadium:
-

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

Befund per Fax ☐

Faxnummer:

Telefon:

Ansprechpartner:

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT ☐

oder
BELEGARZT ☐

IGEL ☐

Hybrid DRG ☐

Angabe Hybrid-Nr.:

STATIONÄR ☐

Regelleistung ☐

oder
ärztl. Wahlleistung ☐

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme

Erfassen

Allgem. Labor

Mol. Auswertung

Pathologe

Fallnummer extern

Fallnummer MVZ Trier

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)