

Begutachtungsauftrag hämatologische Diagnostik Molekularpathologie

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

☐ 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 in Kopie beilegen)



Diagnostik Lymphome / B-, T-Zell-Neoplasien / Leukämien / Myeloproliferative Neoplasien / Mastozytose

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ B-Zell-Rezeptor IGH (FR1-3) Klonalitätsanalyse | EBV Diagnostik | |
| ☐ T-Zell-Rezeptor γ (TCRG) Klonalitätsanalyse | ☐ EBER-SISH | |
| ☐ κ/λ-Leichtketten-SISH | ☐ EBV-PCR (Panel inkl. HSV1/2, VZV, CMV, HHV6) | |
| ☐ IGH-Rearrangement (14q32) | | |
| ☐ BCL2-Rearrangement (18q21) | | |
| ☐ BCL6-Rearrangement (3q27) | | |
| ☐ MYC-Rearrangement (8q24) | | |
| ☐ IGH-MYC- Translokation t(8;14)(q24;q32) | Burkitt-Lymphom | |
| ☐ IGL-Rearrangement (22q11) | Burkitt-Lymphom | |
| ☐ IGK-Rearrangement (2p11) | Burkitt-Lymphom | |
| ☐ MALT1-Rearrangement (8q21.32) | Marginalzonenlymphom | |
| ☐ IGH-CCND1-Translokation t(11;14)(q13;q32) | Mantelzell-Lymphom | |
| ☐ IGH-BCL2-Translokation t(14;18)(q32;q21) | Follikuläres Lymphom | |
| ☐ MYB-Rearrangement (6q23.3) | T-Zell-Lymphome/Leukämien | |
| ☐ TP53-Deletion (17p13) | | |
| ☐ BCR-ABL-Translokation t(9;22)(q34;q11) | Chronische myeloische Leukämie | |
| ☐ MPN Assay | Myeloproliferative Neoplasien | |
| CALR Exon 9 | | |
| JAK2 Exon 14 | | |
| MPL Exon 10 | | |
| ☐ Mastozytose | | |
| KIT D816V | | |

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme

Erfassen

Allgem. Labor

Mol. Auswertung

Pathologe

Präparat-Nr. Einsender

Fall-Nr. MVZ Trier

Befund per Fax

Faxnummer: []

Telefon: []

Ansprechpartner: []

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN

- | | |
|--|---|
| ☐ AMBULANT | ☐ STATIONÄR |
| oder | |
| ☐ BELEGARZT | ☐ Regelleistung |
| | oder |
| ☐ IGEL | ☐ ärztl. Wahlleistung |
| ☐ Hybrid DRG | |
| Angabe Hybrid-DRG.: [] | |

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)

