

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

Unfall Unfallfolgen Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen Konsiliaruntersuchungen Mit-/Weiterbehandlung

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Quartal

Geschlecht

AU bis



PATHOLOGIE TRIER

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.

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

[Empty box for diagnosis/questioning]



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

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

| | |
|------------------------|--|
| Materialannahme | |
| Erfassen | |
| Allgem. Labor | |
| Mol. Auswertung | |
| Pathologe | |

Präparat-Nr. Einsender

[Empty box]

Fall-Nr. MVZ Trier

[Empty box]

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

Ansprechpartner: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT **STATIONÄR**

oder **BELEGARZT** **Regelleistung**

IGEL **ärztl. Wahlleistung**

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)

