

Begutachtungsauftrag Sarkomdiagnostik Molekularpathologie

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

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behndl. gemäß §116 b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Quartal [] [] [] []
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		[] [] [] [] [] []	Geschlecht [] []
Überweisung an _____				
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliaruntersuchungen	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis [] [] [] [] [] []	
<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)



FISH-basierte Nachweise

- | | | |
|---|-----------------|--|
| <input type="checkbox"/> CDK4-Amplifikation | | Liposarkom, Osteosarkom, Chondrosarkom |
| <input type="checkbox"/> MDM2-Amplifikation | | Liposarkom |
| <input type="checkbox"/> MYC-Amplifikation | | Angiosarkom |
| <input type="checkbox"/> CHOP- (DDIT3-) Rearrangement | (12q13.3) | Myxoides Liposarkom |
| <input type="checkbox"/> FUS-Rearrangement | (16p11.2) | Myxoides Liposarkom u.a. |
| <input type="checkbox"/> SYT- (SS18-) Rearrangement | (18q11.2) | Synoviales Sarkom |
| <input type="checkbox"/> TFE3-Rearrangement | (Xp11.23) | alveoläres Weichteilsarkom |
| <input type="checkbox"/> JAZF1-Rearrangement | (7p15.2-p15.1) | Endometriales Stromasarkom |
| <input type="checkbox"/> COL1A1/PDGFB-Translokation | (17;22)(q21;13) | Dermatofibrosarcoma protuberans |
| <input type="checkbox"/> EWSR1-Rearrangement | (22q12.2) | Ewing-Sarkom, Klarzellsarkom, Desmoplastischer Rundzelltumor |

Mutationsanalysen

- CTNNB1 (β-Catenin) (Exon 3)

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

oder

BELEGARZT

IGEL

STATIONÄR

Regelleistung

oder

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)

