

Begutachtungsauftrag Parodontitis

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

Quartal

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

Unfall Unfallsfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchungen
 Mit-/Weiterbehandlung
 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)



Befunderhebungsbogen Parodontitis f. BAC-Dent 2.4®-Parodontitis Test

Klinische Diagnose

- lokalisierte Form
 generalisierte Form
 aggressive Form
 refraktäre Form
 chronische Parodontitis

Risikofaktoren

- Diabetes
 Schwangerschaft
 Immunsuppression
 Infektanfälligkeit
 akuter Allgemeininfekt
 Raucher
 genetische Disposition
 Parodontalerkrankungen in der Familie

Therapie

- vorangegangene Antibiotikatherapie? _____
(beeinflusst nicht das Testergebnis!)

Bitte mindestens 3 Spitzer sterile Spitzer nach Materialentnahme in die Eppendorf-Röhrchen stecken und dann zusammen mit dem Befundbogen in die Versandtasche geben und versenden.

Parodontitis-LCD-Array-Chip (BAC-Dent 2.4®):

Array zur Detektion von pathogenen Bakterien, die als wesentliche Ursache einer Parodontitis von herausragender Bedeutung sind. Folgende Erreger werden detektiert:

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| Aggregatibacter actinomycetemcomitans | Prevotella intermedia |
| Porphyromonas gingivalis | Treponema denticola |
| Tannerella forsythia | Campylobacter rectus/showae |
| Eikenella corrodens | Capnocytophaga gingivalis/ochracea |
| Parvimonas micra | Eubacterium nodatum |
| Fusobacterium sp | |

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arztes

Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes

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

Fallnummer extern

Fallnummer MVZ Trier

Befund per Fax <input type="checkbox"/> Faxnummer: _____ Telefon: _____ Ansprechpartner: _____	BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!	AMBULANT <input type="checkbox"/> oder BELEGARZT <input type="checkbox"/> oder IGEL <input type="checkbox"/>	STATIONÄR <input type="checkbox"/> oder Regelleistung <input type="checkbox"/> oder ärztl. Wahlleistung <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	---	---

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)