

# 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

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

<b>Materialannahme</b>	
<b>Erfassen</b>	
<b>Allgem. Labor</b>	
<b>Mol. Auswertung</b>	
<b>Pathologe</b>	

**Fallnummer extern**

**Fallnummer MVZ Trier**

**Befund per Fax**

Faxnummer: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

**BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!**

**AMBULANT**     **STATIONÄR**   
 oder  
**BELEGARZT**     **Regelleistung**   
 oder  
**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)