

Begutachtungsauftrag Merlin™ -Test

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

Quartal

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

Unfall Unfallsfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an _____

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliar-untersuchungen
 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)



Begutachtungsauftrag Merlin™ - Test

Hiermit beauftrage ich das MVZHMD Trier am Material mit der Fallnummer:

den Merlin™ -Test durchzuführen.

Der Merlin™-Test ist eine Genexpressionsanalyse zur Bestimmung des Metastasierungsrisikos und der Risikostratifizierung von Melanomen. Der Test wird am primären Tumorgewebe, das für die Melanomdiagnose entnommen wurde, durchgeführt und kann in Einzelfällen abhängig vom Ergebnis die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie ersetzen. Dabei wird eine Kombination aus klinisch-pathologischen Faktoren, wie Alter des Patienten, Breslow-Dicke und dem Genexpressionsprofil von 8 spezifischen Genen, welche an der Krebsmetastasierung und der Melanosomen-Biogenese beteiligt sind, verwendet. Der Test ist in einem CE-IVD-Kit verfügbar.

Zur Durchführung benötigen wir:

- FFPE- Gewebe der primären kutanen Melanombiopsie
- Histologischer Befund
- Unterschriebener Kostenvoranschlag (zwingend zur Testdurchführung erforderlich)

nachfolgend aufgelisteten Angaben

- Klinische T-Stadium: _____
- _____

Weitere Informationen erhalten Sie jederzeit gerne per Telefon, Mail oder Post.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme	
Erfassen	
Allgem. Labor	
Mol. Auswertung	
Pathologe	

Fallnummer extern

Fallnummer 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. Bernd Klosterhalfen · 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)