

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kassen-Nr.    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

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     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)



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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> B-Zell-Rezeptor IGH (FR1-3) Klonalitätsanalyse     | <b>EBV Diagnostik</b>   |
| <input type="checkbox"/> T-Zell-Rezeptor $\gamma$ (TCRG) Klonalitätsanalyse | <input type="checkbox"/> EBER-SISH                                    |
| <input type="checkbox"/> $\kappa/\lambda$ -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

Fall-Nr. 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

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 (Ärztlicher Leiter) · Dr. rer. nat. Petra Wandernoth

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)

