

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

Einsender (Arzt-, Klinikstempel)
Unterschrift des Arztes

Hp H
Fangdieckstrasse 75a 22547 Hamburg
T: 040/70 70 85-200 F: -210
Postfach 540640 22506 Hamburg

Liquid Biopsy: Molekularpathologische EGFR-Diagnostik

Kostenträger

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Privat | <input type="checkbox"/> Walleistung | <input type="checkbox"/> Krankenhaus / Praxis | <input type="checkbox"/> KV-Schein * | <input type="checkbox"/> sonstige Kostenträger: |
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> KVB I-III | <input type="checkbox"/> §116b (ASV) | | |
| <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Post B | <input type="checkbox"/> §115b (AOP) | | |
| <input type="checkbox"/> Basis | <input type="checkbox"/> sonst. Tarif: | | | |

* bitte Überweisungsschein beifügen

Voraussetzungen für eine Analytik

1. Histologisch oder zytologisch gesichertes Adenokarzinom der Lunge
2. Kein verfügbares Tumormaterial für eine molekulare Diagnostik

Klinik / Fragestellung

- Primärdiagnose
 Resistenztestung auf T790M Mutation

bekannte Mutationen:

Zuletzt durchgeführte Therapie (z.B. welcher TK-Inhibitor oder ALK-Inhibitor):

Untersuchungsmaterial

- 2 x 9 ml peripheres Blut in **Streck Röhrchen**
 Streck Röhrchen können bei Bedarf beim HpH bestellt werden.

Datum / Uhrzeit der Entnahme:

Versandinformation

Direkt nach der Blutabnahme in die Röhrchen diese bitte 10 x invertieren.

Bitte senden Sie die Röhrchen an eine der folgenden Adressen:

Versandadresse 1:

Institut für Hämatopathologie Hamburg
 Fangdieckstraße 75a
 22547 Hamburg

Versandadresse 2:

Institut für Hämatopathologie Hamburg
 Postfach 540640
 22506 Hamburg