

Solide Tumoren: Molekularpathologische Diagnostik

Name	geb.	Einsender (Arzt-, Klinikstempel)
Adresse (bei Privatpatienten)		
<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant	Unterschrift des Arztes

Kostenträger

<input type="checkbox"/> Privat / Wahlleistung	<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"/> §115b (AOP)
<input type="checkbox"/> Standard	<input type="checkbox"/> Post B		
<input type="checkbox"/> Basis	<input type="checkbox"/> sonst. Tarif:		

Diagnose / Fragestellung

<input type="checkbox"/> Lungenkarzinom <input type="checkbox"/> Adenokarzinom <input type="checkbox"/> Plattenepithelkarzinom	<input type="checkbox"/> Adeno-CUP Syndrom <input type="checkbox"/> Pankreaskarzinom <input type="checkbox"/> Gallengangskarzinom
<input type="checkbox"/> Kolorektales Karzinom <input type="checkbox"/> Mammakarzinom <input type="checkbox"/> Ovarialkarzinom <input type="checkbox"/> Melanom	<input type="checkbox"/> Glioblastom <input type="checkbox"/> Prostatakarzinom <input type="checkbox"/> Endometriumkarzinom <input type="checkbox"/> sonstige:

Zusätzliche Informationen / Bemerkungen:

Diagnose gesichert? ja nein → **Bitte pathologischen Befund hinzufügen**

Klinik

Primärdiagnose Rezidiv Resistenztestung bekannte Mutationen:

Therapie / geplante Therapie:

Untersuchungsmaterial

FFPE zytologisches Präparat sonstige

Datum / Uhrzeit der Entnahme:

Für Liquid Biopsy bitte separaten Einsendeschein verwenden

Anforderung

Genpanel:

<input type="checkbox"/> Lungenkarzinom-Panel Gene incl.: EGFR BRAF ALK ROS1 RET MET STK11 KRAS NRAS TP53 HER2	<input type="checkbox"/> PD-L1
<input type="checkbox"/> Ovarialkarzinom Panel Gene incl.: BRCA1 BRCA2	
<input type="checkbox"/> Mammakarzinom Panel Gene incl.: BRCA1 BRCA2 PIK3CA	
<input type="checkbox"/> Adeno-CUP Panel Gene incl.: EGFR ALK BRCA KRAS BRAF APC	

NTRK-Testung: Kontaktieren Sie uns bitte unter 040/70 70 85-267

Einzeltestung:

Lungenkarzinom <input type="checkbox"/> EGFR <input type="checkbox"/> ALK <input type="checkbox"/> ROS1 <input type="checkbox"/> PD-L1 <input type="checkbox"/> sonstige	Kolonkarzinom <input type="checkbox"/> KRAS/NRAS <input type="checkbox"/> BRAF <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/> sonstige	Melanom <input type="checkbox"/> BRAF <input type="checkbox"/> NRAS <input type="checkbox"/> KIT <input type="checkbox"/> sonstige	Glioblastom <input type="checkbox"/> IDH1 <input type="checkbox"/> IDH2 <input type="checkbox"/> MGMT <input type="checkbox"/> sonstige	GIST <input type="checkbox"/> KIT <input type="checkbox"/> PDGFRA <input type="checkbox"/> sonstige	Mammakarzinom <input type="checkbox"/> PIK3CA <input type="checkbox"/> BRCA1 / BRCA2 <input type="checkbox"/> PD-L1 Erregernachweis <input type="checkbox"/> Mykobakterien <input type="checkbox"/> HPV
--	--	---	--	---	---

Entitätsübergreifend BRAF KRAS PD-L1 MSI

Sonstige: Versandgefäße benötigt