


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

**Einsender (Arzt-, Klinikstempel)**

Unterschrift des Arztes



Fangdieckstrasse 75a | 22547 Hamburg  
Gärtnerstraße 55 | 24113 Kiel

T: 040/70 70 85-200 | F: -210  
T: 0431/200 09-00 | F: -70

Postfach 540640    Postfach 3528  
22506 Hamburg    24034 Kiel

## Solide Tumoren: Molekularpathologische Diagnostik

### Kostenträger

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

\* bitte Überweisungsschein beifügen

### Diagnose / Fragestellung

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lungenkarzinom         | <input type="checkbox"/> Adeno-CUP Syndrom   |
| <input type="checkbox"/> Adenokarzinom          | <input type="checkbox"/> Pankreaskarzinom    |
| <input type="checkbox"/> Plattenepithelkarzinom | <input type="checkbox"/> Gallengangskarzinom |
| <input type="checkbox"/> Kolorektales Karzinom  | <input type="checkbox"/> Glioblastom         |
| <input type="checkbox"/> Mammakarzinom          | <input type="checkbox"/> Prostatakarzinom    |
| <input type="checkbox"/> Ovarialkarzinom        | <input type="checkbox"/> Endometriumkarzinom |
| <input type="checkbox"/> Melanom                | <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"/> <b>Lungenkarzinom-Panel</b><br>Gene inkl.: EGFR   BRAF   ALK   ROS1   RET   MET   STK11   KRAS   NRAS   TP53   HER2 | <input type="checkbox"/> PD-L1                         |
| <input type="checkbox"/> <b>Ovarialkarzinom Panel</b><br>Gene inkl.: BRCA1   BRCA2   | <input type="checkbox"/> Genomische Instabilität (HRD) |
| <input type="checkbox"/> <b>Mammakarzinom Panel</b><br>Gene inkl.: BRCA1**   BRCA2**   PIK3CA  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Adeno-CUP Panel</b><br>Gene inkl.: EGFR   ALK   BRCA   KRAS   BRAF   APC   |  |

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

#### Einzeltestung:

- |                                   |                                     |                                   |                                   |                                   |  |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <b>Lungenkarzinom</b>             | <b>Kolonkarzinom</b>                | <b>Melanom</b>                    | <b>Glioblastom</b>                | <b>GIST</b>                       | <b>Mammakarzinom</b>                       |
| <input type="checkbox"/> EGFR     | <input type="checkbox"/> KRAS/NRAS  | <input type="checkbox"/> BRAF     | <input type="checkbox"/> IDH1     | <input type="checkbox"/> KIT      | <input type="checkbox"/> PIK3CA            |
| <input type="checkbox"/> ALK      | <input type="checkbox"/> BRAF       | <input type="checkbox"/> NRAS     | <input type="checkbox"/> IDH2     | <input type="checkbox"/> PDGFRA   | <input type="checkbox"/> BRCA1** / BRCA2** |
| <input type="checkbox"/> ROS1     | <input type="checkbox"/> MSI        | <input type="checkbox"/> KIT      | <input type="checkbox"/> MGMT     |                                   | <input type="checkbox"/> PD-L1             |
| <input type="checkbox"/> PD-L1    | <input type="checkbox"/> HER2 (IHC) |                                   |                                   |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> sonstige | <input type="checkbox"/> sonstige   | <input type="checkbox"/> sonstige | <input type="checkbox"/> sonstige | <input type="checkbox"/> sonstige | <b>Erregernachweis</b>                     |
|                                   |                                     |                                   |                                   |                                   | <input type="checkbox"/> Mykobakterien     |
|                                   |                                     |                                   |                                   |                                   | <input type="checkbox"/> HPV               |

\*\* Einverständniserklärung erforderlich

**Entitätsübergreifend**     BRAF     KRAS     PD-L1     MSI     HRR

**Sonstige:**

Versandgefäße benötigt