


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:

- Lungenkarzinom-Panel** PD-L1
Gene inkl.: EGFR | BRAF | ALK | ROS1 | RET | MET | STK11 | KRAS | NRAS | TP53 | HER2
- Ovarialkarzinom Panel**
Gene inkl.: BRCA1 | BRCA2
- Mammakarzinom Panel**
Gene inkl.: BRCA1** | BRCA2** | PIK3CA
- Adeno-CUP Panel**
Gene inkl.: EGFR | ALK | BRCA | KRAS | BRAF | APC

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

Einzeltestung:

- | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Lungenkarzinom | Kolonkarzinom | Melanom | Glioblastom | GIST | Mammakarzinom |
| <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"/> sonstige | <input type="checkbox"/> sonstige | <input type="checkbox"/> sonstige | <input type="checkbox"/> sonstige | <input type="checkbox"/> sonstige | Erregernachweis |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Mykobakterien |
| | | | | | <input type="checkbox"/> HPV |

** Einverständniserklärung erforderlich

Entitätsübergreifend BRAF KRAS PD-L1 MSI

Sonstige:

Versandgefäße benötigt