

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

Einsender (Arzt-, Klinikstempel)
Unterschrift des Arztes



Komturstraße 58-62 | 12099 Berlin
T: 030/2360 842 10 | F: 030/2360 842 19
In Kooperation mit Hämatopathologie Hamburg

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"/> Lungenkarzinom-Panel
Gene inkl.: EGFR BRAF ALK ROS1 RET MET STK11 KRAS NRAS TP53 HER2 | <input type="checkbox"/> PD-L1 |
| <input type="checkbox"/> Ovarialkarzinom Panel
Gene inkl.: BRCA1 BRCA2 | <input type="checkbox"/> Genomische Instabilität (HRD) |
| <input type="checkbox"/> Mammakarzinom Panel
Gene inkl.: BRCA1** BRCA2** PIK3CA | |
| <input type="checkbox"/> 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"/> HER2 (IHC) | | | | |
| <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 HRR

Sonstige:

Versandgefäße benötigt