

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 8421 00 | F: 030/2360 8421 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 (IHC) |
| <input type="checkbox"/> Ovarialkarzinom Panel
Gene inkl.: BRCA1 BRCA2 | <input type="checkbox"/> HRD (Genomische Instabilität & BRCA1, BRCA2) |
| <input type="checkbox"/> Mammakarzinom Panel
Gene inkl.: BRCA1** BRCA2** PIK3CA | |
| <input type="checkbox"/> Adeno-CUP Panel
Gene inkl.: EGFR ALK BRCA KRAS BRAF APC | |
| <input type="checkbox"/> Melanom Panel
Gene inkl.: BRAF NRAS KIT MAP2K1 MAP2K2 RAC1 | |

Einzeltestung:

Lungenkarzinom

- EGFR
 ALK
 ROS1
 PD-L1
 sonstige

Kolonkarzinom

- KRAS/NRAS
 BRAF
 MSI
 HER2 (IHC)
 sonstige

Melanom

- BRAF
 NRAS
 KIT
 sonstige

Glioblastom

- IDH1
 IDH2
 MGMT
 sonstige

GIST

- KIT
 PDGFRA
 sonstige

Mammakarzinom

- PIK3CA
 BRCA1** / BRCA2**
 PD-L1 (IHC)

Erregernachweis

- Mykobakterien
 HPV

** Einverständniserklärung erforderlich

Entitätsübergreifend BRAF KRAS PD-L1 MSI HRR NTRK

Sonstige:

Versandgefäße benötigt