

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

Einsender (Arzt-, Klinikstempel)
Unterschrift des Arztes

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

Zusätzliche Informationen / Bemerkungen:

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

Diagnose gesichert?

- ja nein

→ Bitte pathologischen Befund hinzufügen

Klinik

- Primärdiagnose Rezidiv Resistenztestung bekannte Mutationen:

Therapie / geplante Therapie:

Untersuchungsmaterial

- FFPE zytologisches Präparat
 sonstige Liquid-Biopsy

Datum / Uhrzeit der Entnahme:

Für Liquid-Biopsy bei Lungenkarzinom bitte separaten Einsendeschein verwenden

Anforderung

Genpanel (keine Expression, IHC bitte unten anwählen)

- Lungenkarzinom – NSCLC**
Gene inkl.: ALK, BRAF, CDKN2A/B, EGFR, HER2mut, KRAS, KEAP1, MET, MTAP, NRAS, NTRK1-3, RB1, RET, ROS, SMARCA4, STK11, TP53
- Kolorektales Karzinom**
Gene inkl.: KRAS, NRAS, BRAF, HER2mut, NTRK1-3, PIK3CA, DPYD
- Ovarialkarzinom**
Gene inkl.: HRD, BRCA1, BRCA2, NTRK1-3, TP53
- Mammakarzinom**
Gene inkl.: BRCA1*, BRCA2*, PIK3CA, PTEN, ESR1, AKT1, NTRK1-3, HER2mut
- Mammakarzinom Liquid Biopsy**
Gene inkl.: ESR1, PIK3CA
- Melanom**
Gene inkl.: BRAF, NRAS, KIT, GNA11, GNAS, GNAQ, NTRK1-3, TERT
- Endometriumkarzinom**
Gene inkl.: POLE, NTRK1-3
- GIST**
Gene inkl.: KIT, PDGFRA, NTRK1-3, BRAF, NF1

- Urothelkarzinom**
Gene inkl.: BRAF, HER2, FGFR2/3, KRAS, NRAS, NECTIN4amp, NTRK1-3
- Pankreaskarzinom**
Gene inkl.: BRCA1, BRCA2, HER2mut, KRAS, MTAP, NRAS, NTRK1-3
- Prostatakarzinom**
Gene inkl.: BRCA1, BRCA2, NTRK1-3, PTEN & HRR-Gene
- Magenkarzinom**
Gene inkl.: ARID1A, BRAF, HER2mut, KRAS, NRAS, NTRK1-3, PIK3CA, CTNNB1
- Schilddrüsenkarzinom**
Gene inkl.: BRAF, NRAS, NF1, RET, NTRK1-3
- Glioblastom**
Gene inkl.: EGFR, IDH1, IDH2, NF1, TERT, CDKN2A, CDKN2B, NTRK1-3
- Gallengangskarzinom**
Gene inkl.: BRAF, FGFR1-4, HER2, IDH1, KRAS, NRAS, PTEN, NTRK1-3
- Adeno-CUP Syndrom**
Gene inkl.: ALK, APC, BRAF, EGFR, HER2mut, KRAS, MET, MTAP, NRAS, NTRK1-3, RB1, RET, ROS, STK11, TP53, IDH1, IDH2
- Umfassende NGS Testung**
 Teilnahme am molekularen Tumorboard gewünscht

Immunhistochemie für Expression: PD-L1 HER2 MMR Folat-Rezeptor α Claudin TROP2

Erregernachweis: Mykobakterien HPV Versandgefäße benötigt

* Einverständniserklärung erforderlich