

Begleitschein für Molekularpathologische Untersuchung

Einsenderangaben	Eingangsnummer(n)
	Wird vom Inst. f. klin. Pathologie, Molekularpathologie und Zytodiagnostik ausgefüllt.

Patientendaten				☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers
Nachname	Vorname	Geb. Name		
Soz. Vers. Nr.	Geb. Datum	Akad. Titel	Kostenträger	

Gastrointestinale Neoplasien		Gynäkologische Tumore	
☐	Colon NGS Panel (inkl. <i>KRAS, NRAS, BRAF</i>)	☐	Mamma NGS Panel (inkl. <i>PIK3CA</i>)
☐	GIST NGS Panel (inkl. <i>KIT, PDGFRA, RAS, BRAF</i>)	☐	Endometrium NGS Panel (inkl. <i>POLE, TP53</i>)
☐	Cholangiozelluläres Carcinom NGS (inkl. <i>FGFR1-3</i>)	☐	Endometrium PCR Panel (<i>POLE, POLD1</i>)
☐	Mikrosatelliteninstabilität	☐	Endopredict Test
☐	MLH1 Promotor-Methylierung		
Prostatatumore		Lungentumore	
☐	Prostata NGS Panel (inkl. <i>BRCA1/2</i>)	☐	Lunge NGS Panel (inkl. <i>EGFR, ERBB2, KRAS, STK1, BRAF, TP53, MET, RET, ALK, ROS1, NTRK1-3</i>)
☐	Prolaris Test		
Melanome		Weitere Analysen	
☐	Cutanes Melanom NGS Panel (inkl. <i>BRAF, NRAS, KIT</i>)	☐	Oncomine Comprehensive Plus NGS Panel (517 Gene, inkl. TMB)
☐	Uveales Melanom NGS Panel (inkl. <i>BRAF, NRAS, KIT, GNA11, GNAQ</i>)	☐	<i>BRCA1/2</i> mit HRD Status
		☐	Urothelkarzinome (<i>FGFR1-3</i>)
		☐	FoundationOne
		☐	Sonstiges: _____

Material / E-Nummer

Klinische Diagnosen / Fragestellungen / gegenwärtige Therapien

Datum:	Rückrufnummer:	Unterschrift anfordernder Arzt:
--------	----------------	---------------------------------