

## Begleitschein für Molekularpathologische Untersuchung

<b>Einsenderangaben</b>
-------------------------

<b>Eingangsnummer(n)</b> Wird vom Inst. f. klin. Pathologie, Molekularpathologie und Zytodiagnostik ausgefüllt.
--

<b>Patientendaten</b>		männl.	weibl.	divers
Nachname	Vorname	Geb. Name		
Soz. Vers. Nr.	Geb. Datum	Akad. Titel	Kostenträger	

Gastrointestinale Neoplasien		Gynäkologische Tumore, Mamma- und Prostatatumore	
<input type="checkbox"/>	Colon NGS Panel (inkl. KRAS, NRAS, BRAF)	<input type="checkbox"/>	Mamma PIK3CA
<input type="checkbox"/>	GIST NGS Panel (inkl. KIT, PDGFRA, RAS, BRAF)	<input type="checkbox"/>	Endopredict
<input type="checkbox"/>	Cholangiozelluläres Carcinom NGS (inkl. FGFR1-3)	<input type="checkbox"/>	BRCA1/2
<input type="checkbox"/>	Mikrosatelliteninstabilität (PD-L1 Therapie)	<input type="checkbox"/>	BRCA1/2 mit HRD Status
<input type="checkbox"/>	MLH1 Promotor-Methylierung	<input type="checkbox"/>	Endometrium NGS Panel (inkl. POLE, TP53)
<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	Prolaris
			Sonstiges
Melanome		Lungentumore	
<input type="checkbox"/>	Cutanes Melanom (inkl. BRAF, NRAS, KIT)	<input type="checkbox"/>	FoundationOne
<input type="checkbox"/>	Uveales Melanom (zusätzlich GNA11, GNAQ)	<input type="checkbox"/>	Lunge NGS Panel (inkl. EGFR, ERBB2, KRAS, STK1, BRAF, TP53, MET, RET, ALK, ROS1, NTRK1-3)
		<input type="checkbox"/>	Sonstiges

Material / E-Nummer

**Klinische Diagnosen / Fragestellungen / gegenwärtige Therapien**

---



---



---

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