

Antrag auf Zusatzuntersuchungen

Name, Vorname: _____ m w

Anschrift: _____

_____ geb. _____

Privatpatient Rechnung

Krankenversicherung

Krankenkasse

(Überweisungsschein beilegen!)

Klinik

ambulant **stationär**

Ergänzend zu: _____ aus _____
Einlaufnummer oder Angaben zum Material Jahr

Bitten wir um folgende Untersuchung(en):

- KRAS (*Pankreas, NSCLC*)
- NRAS (*malignes Melanom*)
- RAS-Status (*Colon-Ca*)
- BRAF (*Melanom, Colon-Ca, NSCLC, Myelom, HCL*)
- c-KIT/ PDGFRA (*GIST*)
- c-KIT (*mukosales/ akrales Melanom*)
- EGFR (*NSCLC*)
- EGFR T790M → *Liquid Biopsy*
- MYD88 CXCR4 (*M. Waldenström*)
- JAK2 V617F (*MPN*) MPL/ CALR (*MPN*)
- JAK2 Exon 12 (*PV*) BCR/ABL (*CML*)

Mikrosatelliteninstabilität

- 1. MSI *leitliniengerecht bei positiven Amsterdam- / Bethesda-Kriterien*
- 2. MMR-Proteine (IHC) *aus therapeutischer Indikation*
- Östrogen + Progesteron + Her2/neu
- ER + PR Her2/neu
- ALK (*NSCLC*) EGFR (IHC)
- ROS1 (*NSCLC*) CD30 (IHC)
- MET/SE7 (*NSCLC*) PD-L1 (IHC)

Sonstiges: _____

Besondere Fragestellung, relevante klin. Angaben / Vorerkrankungen: _____

Sonst. Angaben: _____



Kostenstellenaufkleber oder Stempel

Unterschrift des Arztes

Name in Druckbuchstaben

Kontakt für Rückfragen

Befund nachrichtlich an:

Felder für interne Vermerke

Zusatzuntersuchung(en) wurde(n) in Auftrag gegeben:				
<input type="checkbox"/> Zuschnitt (Nachbettung)	<input type="checkbox"/> Immunhistochemie	<input type="checkbox"/> Molekularbiologie	<input type="checkbox"/> Neuropathologie	<input type="checkbox"/> EIMi
<input type="checkbox"/> Histologie	<input type="checkbox"/> Hämatologie	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> Kryo/IJC