

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG MOLEKULARPATHOLOGIE

Befundauskunft: 0211/81-18351, Labor: 0211/81-18369,
Fax: 0211/81-01518369, E-Mail: molpatho@med.uni-duesseldorf.de

INSTITUT FÜR PATHOLOGIE

Direktorin: Univ-Prof. Dr. Irene Esposito
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf

PATIENTIN/PATIENT	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (PLZ, Ort, Straße)	
AUFKLEBER	

BITTE NICHT AUSFÜLLEN	
<u>EINGANGSLABOR</u>	
Eingangsdatum	Eingangsnummer
<u>MOLEKULARPATHOLOGISCHES LABOR</u>	
Eingangsdatum	Eingangsnummer

STATIONÄR	AMBULANT
<input type="checkbox"/> Wahlleistung/Privat	<input type="checkbox"/> Privat
<input type="checkbox"/> Regelleistung	<input type="checkbox"/> MVZ(Überweisungsschein)
	<input type="checkbox"/> § 116b SGB V / ASV

Externe E-NUMMER

UNTERSUCHUNGSMATERIAL

AUFTRAGGEBER-/IN
Klinik / Institut / Stempel
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner
Telefon / Funk

EINSENDER-/IN (wenn nicht Auftraggeber-/in)
Klinik / Institut / Stempel
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner
Telefon / Funk

ANGEFORDERTE UNTERSUCHUNGEN (bitte markieren)

<p>Mutationsanalyse</p> <input type="checkbox"/> Beta-Catenin (Exon 3) <input type="checkbox"/> BRAF (Codon 600) <input type="checkbox"/> KIT (Exon 9, 11, 13, 17) <input type="checkbox"/> EGFR (Exon 18, 19, 20, 21) <input type="checkbox"/> ESR1 / PIK3CA (Liq. Biop.) <input type="checkbox"/> GNAS (Exon 8, 9) <input type="checkbox"/> KRAS (Exon 2, 3, 4) <input type="checkbox"/> NRAS (Exon 2, 3, 4) <input type="checkbox"/> PDGFRA (Exon 12, 14, 18) <input type="checkbox"/> PIK3CA (Exon 9, 10, 21) <input type="checkbox"/> POLE <p>Mikrosatelliten-Instabilität</p> <input type="checkbox"/> MSI-PCR <input type="checkbox"/> Immunhistologie (MRD) Mismatch-Reparatur-Prot.	<p>Panelsequenzierung / NGS</p> <input type="checkbox"/> Cancer-HotSpot-Panel <input type="checkbox"/> Colon-Lung-Panel <input type="checkbox"/> Lunge (nNGM) <input type="checkbox"/> Comprehensive DNA <input type="checkbox"/> Comprehensive DNA plus <input type="checkbox"/> Comprehensive RNA plus <input type="checkbox"/> Pan Solid Tumor Fusion <input type="checkbox"/> BRCA1 / BRCA2 <p>FISH-ANALYSEN</p> <input type="checkbox"/> ALK <input type="checkbox"/> RET <input type="checkbox"/> ROS1 <input type="checkbox"/> MET <input type="checkbox"/> Bcl2 <input type="checkbox"/> ErbB2/Her2 <input type="checkbox"/> Bcl6 <input type="checkbox"/> EWSR1 <input type="checkbox"/> Myc <input type="checkbox"/> MDM2	<p>Chromosomale Translokation</p> <input type="checkbox"/> t(2;13) PAX3/FOXO1 <input type="checkbox"/> t(11;22) EWSR1-FLI1 <input type="checkbox"/> t(11;22) EWSR1-WT1 <input type="checkbox"/> t(X;18) SS18/SSX <input type="checkbox"/> NTRK 1-3 <input type="checkbox"/> FGFR 1-3 <p>Erregernachweis</p> <input type="checkbox"/> HPV (PCR-Hybridisierung) <input type="checkbox"/> Mykobakterien (PCR-Hybrid.) <p>Klonalitätsanalyse</p> <input type="checkbox"/> B-Zell-Klonalität (IGH) <input type="checkbox"/> B-Zell-Klonalität (IGK) <input type="checkbox"/> T-Zell-Klonalität (TCR)
--	--	--

KLINISCHE DIAGNOSE / FRAGESTELLUNG

Unterschrift, Auftraggeberin / Auftraggeber	Datum
---	-------