

Molekularpathologie

Patient

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
PLZ/Ort:
AHVN13: _____

Geschlecht: Mann Frau

 ambulant stationär

Rechnung an: Patient Krankenkasse Einsender Andere:

Einsender (Name, Vorname, Adresse, Tel., Stempel):

Krankenkasse:
Versicherten-Nr.:
Bericht per: Telefon Fax E-Mail

Entnahmedatum/-zeit:
Kopie(n) an (Name, Vorname, Ort):

 adjuvant metastasiert

Material: _____

Interne Untersuchungen

Immunhistochemie:

-
- Ki67
-
-
- Her2
-
-
- ER/PR
-
-
- ROS
-
-
- ALK
-
-
- PD-L1
-
-
- NTRK

 Anderes: _____

Molekulare Pathologie:

- Idylla:
-
-
- Full-RAS
-
-
- BRAF
-
-
- MSI
-
-
- EGFR

Organe (spez. Untersuchungen für Organe)

-
- Lungen-Ca
-
-
- Mamma-Ca
-
-
- Ovarial-Ca
-
-
- Cervix-Ca
-
-
- Endometrium-Ca
-
-
- Prostata-Ca
-
-
- Blasen-Ca
-
-
- Nieren-Ca
-
-
- Melanom
-
-
- ORL Karzinome
-
-
- Kolon-Ca
-
-
- Pankreas-Ca
-
-
- Cholangio-Ca
-
-
- Magen/GEJ
-
-
- Oesophagus-Ca AC/SCC
-
-
- Lymphom
-
-
- Anderes:

Externe Untersuchungen

-
- NGS spezifisches Panel
-
-
- NGS komplett
-
-
- Foundation One-Test
-
-
- MGMT
-
-
- HRD Score (Oncoscan)
-
-
- Anderes: _____

Von Pathologie auszufüllen:
Visum Sekr:
Visum CA:

Bestelldatum: _____ Pathologe: _____

E-Nummer
inkl. Block-Nr.

Nachtrag-Nr.: