

**UNTERSUCHUNGSaufTRAG MOLEKULARPATHOLOGIE**

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

**INSTITUT FÜR PATHOLOGIE**

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

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

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

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

<b>Externe E-NUMMER</b>

<b>UNTERSUCHUNGSMATERIAL</b>

<b>AUFTRAGGEBER-/IN</b>
Klinik / Institut / Stempel
Ansprechpartnerin / Ansprechpartner
Telefon / Funk

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

**ANGEFORDERTE UNTERSUCHUNGEN** (bitte markieren)

<p><b>Mutationsanalyse</b></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><b>Mikrosatelliten-Instabilität</b></p> <input type="checkbox"/> MSI-PCR <input type="checkbox"/> Immunhistologie (MRD) Mismatch-Reparatur-Prot.	<p><b>Panelsequenzierung / NGS</b></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><b>FISH-ANALYSEN</b></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><b>Chromosomale Translokation</b></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><b>Erregernachweis</b></p> <input type="checkbox"/> HPV (PCR-Hybridisierung) <input type="checkbox"/> Mykobakterien (PCR-Hybrid.) <p><b>Klonalitätsanalyse</b></p> <input type="checkbox"/> B-Zell-Klonalität (IGH) <input type="checkbox"/> B-Zell-Klonalität (IGK) <input type="checkbox"/> T-Zell-Klonalität (TCR)
---	---	--

<b>KLINISCHE DIAGNOSE / FRAGESTELLUNG</b>	
Unterschrift, Auftraggeberin / Auftraggeber	Datum