



Einsender:

Patientendaten:

(Bitte ankreuzen)

- vorangegangene Tumore an anderer Stelle – wo? _____
- Familienangehörige betroffen – wer? _____
- es liegen keine molekulargenetischen Voruntersuchungen vor
- folgende molekulargenetische Vorbefunde wurden erhoben: _____

Untersuchungsanforderung Molekularpathologie

(Bitte ankreuzen)

| Erkrankung | Gen(e) / Exon(e) |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Stromatumore (GIST) | <input type="checkbox"/> <i>KIT</i> Exon 9, 11,13,17 <input type="checkbox"/> <i>PDGFRA</i> Exon 12, 14, 18 |
| <input type="checkbox"/> Harnblasenkarzinom | <input type="checkbox"/> <i>FGFR3</i> Exon 7, 10, 15 |
| <input type="checkbox"/> Kolorektales Karzinom | <input type="checkbox"/> <i>BRAF</i> Exon 15 <input type="checkbox"/> <i>KRAS</i> Exon 2, 3, 4 <input type="checkbox"/> <i>NRAS</i> Exon 2, 3, 4 <input type="checkbox"/> <i>PIK3CA</i> Exon 10, 21 |
| <input type="checkbox"/> Lungenkarzinom, nichtkleinzellig (NSCLC) | <input type="checkbox"/> <i>BRAF</i> Exon 15 <input type="checkbox"/> <i>EGFR</i> Exon 18, 19, 20, 21 <input type="checkbox"/> <i>KRAS</i> Exon 2, 3, 4 <input type="checkbox"/> <i>MET</i> Exon 2, 14, 16, 19 |
| <input type="checkbox"/> Malignes Melanom | <input type="checkbox"/> <i>BRAF</i> Exon 15 <input type="checkbox"/> <i>KIT</i> Exon 9, 11, 13, 17 <input type="checkbox"/> <i>NRAS</i> Exon 2, 3, 4 |
| <input type="checkbox"/> Ovarialkarzinom | <input type="checkbox"/> <i>BRCA1</i> (CDS komplett) <input type="checkbox"/> <i>BRCA2</i> (CDS komplett) |
| <input type="checkbox"/> Pankreaskarzinom | <input type="checkbox"/> <i>GNAS</i> Exon 8, 9 <input type="checkbox"/> <i>KRAS</i> Exon 2, 3, 4 |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkarzinom | <input type="checkbox"/> <i>BRAF</i> Exon 15 <input type="checkbox"/> <i>HRAS</i> Exon 2, 3, 4 <input type="checkbox"/> <i>KRAS</i> Exon 2, 3, 4 <input type="checkbox"/> <i>NRAS</i> Exon 2, 3, 4 <input type="checkbox"/> <i>RET</i> (CDS komplett) |

Datum / Unterschrift:

Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente und Proben zusammen:

- **Untersuchungsanforderung**
- **Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten) bzw. Kostenübernahmeerklärung (für Privatpatienten)**
- **FFPE-Gewebe als Block oder in Form von 5-10 x 10 µm Schnitten (Tumoranteil ≥ 30 %)**