AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

Institut für PATHOLOGIE am St. Elisabeth-Krankenhaus

PD Dr. med. S. Eidt, Dr. med. R. Hake
Ärzte für Pathologie, Gemeinschaftspraxis

Werthmannstraße 1
50935 Köln

Telefon (0221) 4677-19 01
Telefax (0221) 4677-19 08
E-Mail info@patho-koeln.de
Internet www.patho-koeln.de

Antrag auf molekularpathologische Untersuchung

O ambulant
oder
O stationär

O **Privatpatient** → O KVB, O Post-B, O BG, O Knappschaft, O Sonstige

O **Kassenpatient** → O ambulant / Ü-Schein liegt bei

Einsenderstempel

Aufnahme-Nr. :

Geschlecht: O M O W

Eingesandtes Material (Art / Entnahmestelle):

.....

Blocknummer:

.....

Vorliegende Tumorerkrankung und Fragestellung:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

O **Brustkrebs-Subtypisierung** *[ER, PR, AR, Her-2neu, Ki67, RacGAP1]*
O **Checkpoint Typer** *[PD1, PDL1]*
O **Net Typer** *[SSTR 1-5, Ki67, RacGAP1, Topo2A]*
O **Ki 67**
O **Her-2 neu**
O **Sonstige** .....

O **EML-ALK**
O **BRAF**
O **EGFR**
O **K-RAS / N-RAS**
O **MSI**

Relevante Vorerkrankungen:			Therapien: O adjuvant O neo-adjuvant
Klinische Stadieneinteilung:			Sonstige Informationen:
T	N	M	

.....
Datum Unterschrift des Arztes