



Molekulargenetische Analysen

Solide Tumore

Anfordernde/r Ärztin/Arzt

Name: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Ich wünsche eine Befundübermittlung per Fax*

Vertragsarztstempel/Unterschrift

Patientin:

Name: _____ Adresse: _____

Vorname: _____

Geschlecht: _____

Geb. am: _____

Krankenkasse: _____

Patientinnenetikett

Abrechnung

Überweisungsschein § 116b/ASV Privat Selbstzahler Stationär

Klinische Angaben

Lungen-CA Mamma-CA GIST Prostata-CA Pankreas-CA Kolorektales-CA Magen-/Ösophagus-CA
 Ovarial-CA Endometrium-CA Malignes Melanom Sonstiges: _____
⇒ **Bitte pathologischen Befund beilegen** Erstdiagnose Rezidiv Resistenztestung Primärtumor Metastase

Geplante Therapie: _____

Material (Bitte beachten Sie auch unser Präanalytikhandbuch unter www.zotzklimas.de > service)

FFPE-Tumorblock Block-Nr.: _____ Tumorblock zurück Ja Nein EDTA-Vollblut (für Promega MSI Analysis)

Zur Indikations- und Identitätsprüfung bitte pathologischen Befund beilegen.

Genpanelanalysen (NGS)

Basis Tumordiagnostik (QIAseq® Hotspotpanel, 21 Gene)^{1,2}
 BRCA-Panel (QIAseq®)^{1,2}
Untersuchung von BRCA1 und BRCA2 (CDx³ für eine PARP-Inhibitor-Therapie).
 Tumormutationslast (TMB)⁴
 Fusionspanel (QIAseq®)^{1,2}

Genexpressionsanalysen (NGS)

MammaPrint® inkl. Blueprint®^{1,2,5}
Genexpressionstest zur Risiko-Nutzen Bewertung einer Chemotherapie bei HER2-negativen und ER-positiven Mamma-CA PatientInnen; inkl. Blueprint®, einem Genexpressionstest zur Analyse des Rezeptorstatus des Mamma-CAs auf molekularer Ebene.

Screening für PROOFS Ja Nein

Einverständniserklärung für das Institut Hannover Unified Biobank liegt vor: Ja Nein

Klinische Angaben

Größe: _____ cm

LK-Status: 0 1-3

Grading: G1 G2 G3

Einzelgenanalysen DNA

DNA-basierte Mutationsanalyse: Single Nucleotide Variations (SNV), Insertionen/Deletionen

BRAF CTNNB1 EGFR ERBB2
 ERBB3 ESR1 GNA11 GNAQ
 IDH1 IDH2 KIT KRAS
 MET NRAS PDGFRA PIK3CA
 POLE TP53 _____

Einzelgenanalysen RNA

Fusionen/Translokationen, RNA-basierte Mutationsanalyse

ALK EGFR FGFR1/2/3 _____
 MET NRG1 NTRK1/2/3 _____
 RET ROS _____

Mikrosatelliteninstabilität (MSI)

Promega MSI Analysis 1.2
Bitte FFPE-Tumorblock und FFPE-Nicht-Tumorgewebe oder EDTA-Blut beifügen

¹Ich bestätige, dass das Fax vor Fremdzugriff geschützt ist. | ²Kassenleistung bei entsprechender Indikation. Privatversicherte und Selbstzahler erhalten einen individuellen Kostenvorschlag. | ³Liste der untersuchten Gene auf Anfrage. | ⁴Companion Diagnostic | ⁵Kostenvorschläge für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder zur Vorlage bei der Krankenkasse (gesetzlich oder privat) werden von uns erstellt. | ⁶Blueprint® ohne separate Berechnung.

Bemerkung/Weitere Untersuchungen: _____