



Molekulargenetische Analysen

Solide Tumore

Anfordernde/r Ärztin/Arzt

Name: _____
Adresse: _____
Tel.: _____
Fax: _____

Vertragsarztstempel/Unterschrift

Ich wünsche eine Befundübermittlung per Fax*

PatientIn:

Name: _____ Adresse: _____
Vorname: _____
Geschlecht: _____
Geb. am: _____
Krankenkasse: _____

PatientInnenetikett

Abrechnung

Überweisungsschein § 116b/ASV Privat Stationär Privat-Stationär Selbstzahler

Klinische Angaben (Entität, geplante Therapie):

Zur Indikations- und Identitätsprüfung bitte pathologischen Befund beilegen.

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

FFPE-Tumorblock Block-Nr.: _____ Streck/PAX-Blut EDTA-Vollblut (für MSI-PCR)
Block-Rückversand an: _____

Genpanelanalysen (NGS)

- Entitäts-spezifisches Genpanel (insb. therapierelevante Aberrationen inkl. Fusionen), (QIAseq®)^{1,2,3,#}
- BRCA-Panel (QIAseq®)^{1,3,#} Untersuchung von BRCA1 und BRCA2
- HRD-Panel inkl. BRCA1/2 und BRCAness Gene sowie HRD-Score (QIAseq®)^{1,2,3,#}
- KRAS/NRAS/BRAF (QIAseq®)^{1,3}
- AKT1/PIK3CA/PTEN (QIAseq®)^{1,3}

Genexpressionsanalysen (NGS)

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

Screening für eine klinische Studie Ja Nein

Klinische Angaben

Tumorgroße: _____ cm

LK-Status: 0 1-3

Grading: G1 G2 G3

Einzelgenanalysen RNA

Fusionen/Translokationen, RNA-basierte Mutationsanalyse

- ALK FGFR1/2/3 MET NTRK1/2/3
- RET ROS1 _____

Einzelgenanalysen DNA

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

- BRAF# EGFR# ERBB2# ESR1#
- FGFR3# IDH1# IDH2# KIT#
- KRAS# MET# NRAS# PDGFRA#
- PIK3CA# POLE TP53# _____

Mikrosatelliteninstabilität (MSI)

MSI-PCR (Promega MSI Analysis 1.2)
Bitte FFPE-Tumorblock **und** FFPE-Nicht-Tumorgewebe oder EDTA-Blut beifügen

Liquid Biopsy (Streck/PAX-Blut)⁶

ESR1- und PIK3CA-Mutationsanalysen _____
 Abnahmedatum Blut: _____

Bemerkung/Weitere Untersuchungen:

*Ich bestätige, dass das Fax vor Fremdzugriff geschützt ist. | ¹Kassenleistung bei entsprechender Indikation. Privatversicherte und Selbstzahler erhalten einen individuellen Kostenvoranschlag.
²Liste der untersuchten Gene auf Anfrage. | ³bei entsprechender Indikation/Companion Diagnostik | ⁴Kostenvorschläge für individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder zur Vorlage bei der Krankenkasse (gesetzlich oder privat) werden von uns erstellt. | ⁵BluePrint® ohne separate Berechnung. | ⁶entsprechende Abnehmeröhrchen stellen wir gerne zur Verfügung |
*Der Analyt wird mit einer nach DIN EN ISO 15189 akkreditierten Untersuchungstechnik ermittelt (ML-22009-01).