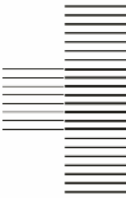


Pathologisches Institut

Prof. Dr. med. Arndt Hartmann
Krankenhausstraße 8 -10
D-91054 Erlangen

Tel.: 09131/85-32286
Fax: 09131/85-34777

**Uniklinikum
Erlangen**



Molekularpathologie

Prof. Dr. Dr. Robert Stöhr Tel.: 09131/85-43610

Anforderungsschein für molekularpathologische Begutachtung

Patientendaten: ggf. Patientenaufkleber verwenden

Name, Vorname: _____

geb.: _____

Rechnungsadresse:

welche Klinik /Wer fordert die Untersuchung an (vollst. Adresse)
 Rechnung an Einsender
 KV-Patient – Ü-Schein liegt bei (Muster 10 – für Lab.- Untersuchung)
 privat Patient – Wichtig – Adresse des Patienten
 stationär (privat) ambulant (privat)

Arztstempel des Einsenders:

Klinische Angaben:

ggf. Fremdblock Nr.: _____ aus _____ liegt der Anforderung bei.

Anforderung (bitte ankreuzen):

- | | | | | | |
|--|------|---------------------------------------|------|--|------|
| <input type="checkbox"/> ALK Dual Color | FISH | <input type="checkbox"/> FGFR1 | FISH | <input type="checkbox"/> MYB | FISH |
| <input type="checkbox"/> ALK/EML4 | FISH | <input type="checkbox"/> FGFR1/CEN8 | FISH | <input type="checkbox"/> NECTIN4/CEN12 | FISH |
| <input type="checkbox"/> BCL2 | FISH | <input type="checkbox"/> FGFR2 | FISH | <input type="checkbox"/> NR4A3 | FISH |
| <input type="checkbox"/> BCL6 | FISH | <input type="checkbox"/> FGFR2/CEN10 | FISH | <input type="checkbox"/> NTRK1 | FISH |
| <input type="checkbox"/> BRAF | FISH | <input type="checkbox"/> FGFR3 | FISH | <input type="checkbox"/> NUTM1 | FISH |
| <input type="checkbox"/> CDK4/CEN12 | FISH | <input type="checkbox"/> FGFR3/4p11 | FISH | <input type="checkbox"/> RB1/13q12 | FISH |
| <input type="checkbox"/> CDKN2A/CEN9 (p16) | FISH | <input type="checkbox"/> FOXO1 | FISH | <input type="checkbox"/> RET | FISH |
| <input type="checkbox"/> CMYC | FISH | <input type="checkbox"/> FUS | FISH | <input type="checkbox"/> ROS1 | FISH |
| <input type="checkbox"/> CMYC/CEN8 | FISH | <input type="checkbox"/> HER2/CEN17 | CISH | <input type="checkbox"/> SMARCB1/22q12 | FISH |
| <input type="checkbox"/> COL1A1/PDGFβ | FISH | <input type="checkbox"/> JAZF1 | FISH | <input type="checkbox"/> SS18 (SYT) | FISH |
| <input type="checkbox"/> DDIT3 | FISH | <input type="checkbox"/> KRAS/CEN12 | FISH | <input type="checkbox"/> TFE3 | FISH |
| <input type="checkbox"/> EBV | CISH | <input type="checkbox"/> MAML2 (MEC1) | FISH | <input type="checkbox"/> USP6 | FISH |
| <input type="checkbox"/> EGFR/CEN7 | FISH | <input type="checkbox"/> MDM2/CEN12 | FISH | <input type="checkbox"/> Urovysion™ | FISH |
| <input type="checkbox"/> ETV6 | FISH | <input type="checkbox"/> MDM2/CEN12 | CISH | <input type="checkbox"/> VHL/CEN3 | FISH |
| <input type="checkbox"/> EWSR1 | FISH | <input type="checkbox"/> MET/CEN7 | FISH | <input type="checkbox"/> YWHAЕ | FISH |

- TruSight-RNA Fusionspanel
- EGFR-Expressionsanalyse → Immunhistochemie
- PD-L1-Expression → Immunhistochemie
- ALK (D5F3) → Immunhistochemie
- Her2-Expression → Immunhistochemie
- Pan-Trk → Immunhistochemie

Datum _____

Unterschrift des Einsenders

FÜR EINE ZEITNAHE ANALYTIK BITTEN WIR UM EINE VOLLSTÄNDIGE ÜBERMITTLUNG DER PATIENTENDATEN