

Anforderungsschein zur Mutationsanalyse GIST

Universitätsklinikum Erlangen-Nürnberg
Institut für Pathologie
Direktor: Prof. Dr. med. Arndt Hartmann

Versandadresse:
Frau Prof. Dr. rer. nat. Schneider-Stock
Institut für Pathologie
Experimentelle Tumorphathologie
Universitätsstr. 22
91054 Erlangen

oder
OA PD Dr. med. Abbas Agaimy
Institut für Pathologie
Krankenhausstr. 8-10
91054 Erlangen

Patient

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

In dieses Feld passt auch Ihr Patientenaufkleber

Einsendender Arzt

(Name/Adresse/Telefon oder
Stempel, bitte ggf. einsenden Arzt unterstreichen)

Wir bitten im Rahmen der angeforderten Diagnostik um folgende Angaben:

Überweisung zum chirurgischen Eingriff erfolgte durch: _____ (falls bekannt)

Biopsie OP Material Entnahme erfolgte durch: _____

Histologische Begutachtung durch: _____ Untersuchungsnummer: _____

Weiterbehandlung erfolgt durch: _____ (falls bekannt)

Klinische/ histologische Daten (soweit bekannt)

Datum der Probenentnahme: ____ . ____ . ____ Nekrosen: Ja Nein Nicht bekannt

Lokalisation des Tumors: _____ Tumorgroße: _____ Mitoserate: _____

Histologischer Subtyp: spindelzellig epitheloid gemischt Metastasen: Ja Nein

Histologische Diagnose (bitte ggf. Befundbericht beilegen): _____

Materialien & Probenversand:

1. Paraffinmaterial:

- Das Paraffin-Material kann **auf normalem Postweg** versandt werden (Adresse s. o. rechts).
- Für eventuelle Nachuntersuchungen bin ich mit dem Verbleib des Paraffinblocks bei Frau Prof. Schneider-Stock einverstanden. Ja Nein

2. Überweisungsschein/Privatpatient:

- Bitte vergessen Sie nicht, einen Überweisungsschein oder die Adresse bei Privatpatienten beizulegen. Bei Rückfragen melden Sie sich bitte bei Prof. Dr. rer. nat. Regine Schneider-Stock
Tel.: 09131-85-26069.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des anfordernden Arztes