

Molekularpathologischer Einsendeschein (Intern)

B-Nr.:	Intern
--------	--------

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Anschrift:	
<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich	

Einsender/Klinikstempel/Station:

Klinische Angaben:	Name Arzt/Ärztin (Leserlich):	
	Unterschrift (Arzt/Ärztin):	
	Telefon-Nr. (für Rückfragen):	

Molekularpathologische Untersuchung:

DNA-Methylierungsarray (Tumor-Subtypisierung über Tumor Classifier Score, Bestimmung chromosomaler und ausgewählter genetischer Deletionen/Amplifikationen);

Neuroonko-Genpanel (Next Generation Sequencing von diagnostischen, prognostischen und potentiell therapeutisch relevanten Genen in primären und sekundären Hirntumoren/Tumoren des PNS).

R-Nr. (FÜR ABRECHNUNG):	Intern
-------------------------	--------