

## Molekularpathologischer Einsendeschein (Intern)

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

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

<b>Einsender/Klinikstempel/Station:</b>

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

<b>Molekularpathologische Untersuchung:</b>
<b>DNA-Methylierungsarray</b> (Tumor-Subtypisierung über Tumor Classifier Score, Bestimmung chromosomaler und ausgewählter genetischer Deletionen/Amplifikationen); <b>Neuroonko-Genpanel</b> (Next Generation Sequencing von diagnostischen, prognostischen und potentiell therapeutisch relevanten Genen in primären und sekundären Hirntumoren/Tumoren des PNS).

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