

## Molekularpathologischer Einsendeschein

|        |        |
|--------|--------|
| 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: |
|----------------------------------|
|                                  |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Molekularpathologische Untersuchung:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>DNA-Methylierungsarray</b> (Tumor-Subtypisierung über Tumor Classifier Score, Bestimmung chromosomaler und ausgewählter genetischer Deletionen/Amplifikationen);<br><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 |
|-------------------------|--------|