

Molekularpathologischer Einsendeschein

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

| | |
|--|---|
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m |
| Anschrift: | |
| <input type="checkbox"/> stationär gesetzlich <input type="checkbox"/> ambulant gesetzlich / ASV (§116b) <input type="checkbox"/> privat | |

Einsender/ Klinikstempel:

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

| |
|--|
| 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 |
|-------------------------|--------|