| AOK | LKK | BKK | IKK | VdAK | AEV | Knappschaft |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
|---|---|---|
| | | |

| Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum |
|---|---|---|
| | | |


Institut für PATHOLOGIE am St. Elisabeth-Krankenhaus

**PD Dr. med. S. Eidt, Dr. med. R. Hake**
Ärzte für Pathologie, Gemeinschaftspraxis

Werthmannstraße 1
**50935 Köln**

Telefon (0221) 4677-19 01
Telefax (0221) 4677-19 08
E-Mail info@patho-koeln.de
Internet www.patho-koeln.de


# Antrag auf molekularpathologische Untersuchung

O ambulant
oder
O stationär

→ O **Privatpatient** →
- O KVB
- O Post-B
- O BG
- O Knappschaft
- O Sonstige

→ O **Kassenpatient** → O ambulant / Ü-Schein liegt bei

*Einsenderstempel*

**Aufnahme-Nr. :**

**Geschlecht:** O M O W

Eingesandtes Material (Art / Entnahmestelle):

.....

Blocknummer:

.....

Vorliegende Tumorerkrankung und Fragestellung:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- O **Brustkrebs Subtypisierung** *[ ER, PR, AR, Her-2neu, Ki67, RacGAP1]*
- O **Checkpoint Typer** *[ PD1, PDL1]*
- O **Net Typer** *[ SSTR 1-5, Ki67, RacGAP1, Topo2A]*
- O **Ki 67**
- O **Her-2 neu**
- O **EML-ALK**
- O **BRAF**
- O **EGFR**
- O **K-RAS / N-RAS**
- O **Sonstige** .....

| Relevante Vorerkrankungen: | | | Therapien: O adjuvant O neo-adjuvant |
|---|---|---|---|
| Klinische Stadieneinteilung: | | | Sonstige Informationen: |
| T | N | M | |

.....
Datum Unterschrift des Arztes