

Anforderung für molekularbiologische und immunhistochemische Diagnostik

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Barcodefeld (nicht beschriften) MVZ Pathologie BETHESDA gGmbH  Heerstr. 219 47053 Duisburg Tel.: 0203 6008 1600 Fax: 0203 6008 1649
Name, Vorname und Adresse des/der Versicherten		
geb. am:		
Gesetzlich ☐ ambulant ☐ stationär ☐ IGeL ☐ §116b ☐ ASV		
Privat ☐ ambulant ☐ stationär ☐ KVB ☐ PostB ☐ Bundesknappschaft		
Block/Probennummer		Klinische Befunde/Material/Fragestellung
ICD-10 (Pflichtangabe)		Geplante Medikation (Pflichtangabe) ☐ TKI ☐ _____

Immunhistochemische Marker (IHC)

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| ☐ PD-L1 (22C3) | ☐ MMR-Proteine | ☐ Folatrezeptor α |
| ☐ PD-L1 (SP142) bei Mamma-Ca | ☐ Her2 | ☐ Claudin 18.2 |
| ☐ L1CAM | ☐ p53 | |

Fasttrack Analyse (Ergebnis in 48h)

Mutationen

- ☐ KRAS (ex 2, 3, 4)
- ☐ NRAS (ex 2, 3, 4) - BRAF (V600E)
- ☐ BRAF Melanom (V600E, V600E2, V600D, V600K, V600R, V600M)

- ☐ MSI
- ☐ EGFR (ex 18, 19, 20, 21)

Fusionen/Rearrangements *ab sofort ohne NTRK! → extern*

- ☐ ALK, ROS1, RET, MET (ex14)

NGS (Alle folgenden Untersuchungen werden durch MVZ für Pathologie, Zytologie und Molekularpathologie Neuss durchgeführt, beachten Sie die daraus resultierende Verlängerung der Bearbeitungszeit!)

- | | |
|---|---|
| ☐ AmoxyDx HRD Focus Panel (BRCA1/2-Mutationsanalyse, HRD-Status) | ☐ MAML2 |
| ☐ BRCA-Assay (BRCA1-, BRCA2-Mutationsanalyse) | ☐ MGMT |
| ☐ CTNNB1-Mutation (β -Catenin-Mutation) | ☐ MYCN |
| ☐ FGFR1 | ☐ PDGFRA |
| ☐ FGFR2/3 | ☐ PIK3CA |
| ☐ IDH1/2 | ☐ POLE |
| ☐ JAZF1 | ☐ PPARG |
| ☐ KIT | ☐ 1p/19q |
| ☐ Oncomine Focus Assay (DNA-Varianten, RNA-Fusionen, MET ex14 Skipping; 52 Gene) | ☐ microRNA-Panel (Schilddrüsen-CA) |
| ☐ Oncomine Comprehensive Assay v3 (DNA-Varianten, RNA-Fusionen, 161 Gene) | ☐ EndoPredict-Test nach Absprache |
| | ☐ Oncotype DX Test nach Absprache |

Massenspektrometrie-basierte Paneldiagnostik

- ☐ Myeloproliferative Neoplasien (MPN) Assay (JAK2, MPL, CALR)
- ☐ Kolon Assay (KRAS, NRAS, BRAF, PIK3CA)

IHC und FISH

- | | | | |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| ☐ PD1-IHC | ☐ UroVysion-FISH | ☐ Melanom-FISH | ☐ AneuVysion FISH-Test (13, 16, 18, 21, 22, X, Y) |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|--|

Sonstige Anforderungen/Einzelanforderungen

☐ _____

Datum, Unterschrift
Stempel