

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb.am						
Kassen-Nr.	Versicherten Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

# B-raf-Mutation - Untersuchungsantrag

Dermatologische Molekularpathologie

Prof. Dr. R. Stadler

PD Dr. U. Kellner

Paul-Ehrlich-Straße 9, 32429 Minden

Tel.: 0571/790 4700

Mail: pathologie@klinikum-minden.de

WWW.pathologie-minden.de



Klinik: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

KV  Selbstzahler  Krankenhaus

Abr.	M-Nr:
Eingang	Ausgang

## Gewünschte Untersuchung (bitte ankreuzen)

B-raf Mutationsanalyse:

c-Kit mutationsanalyse:

Tumortyp: \_\_\_\_\_

Untersuchung von Block Nr.: \_\_\_\_\_

Klinische Angaben

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Überw. Arztes

Tumor-DNA im dissezierten Areal: \_\_\_\_\_ % Untersuchungsmethode: \_\_\_\_\_

## Ergebniss(e)

B-raf Exon 15: \_\_\_\_\_

c-Kit Exon 9: \_\_\_\_\_

c-Kit Exon 11: \_\_\_\_\_

c-Kit Exon 13: \_\_\_\_\_

c-Kit Exon 17: \_\_\_\_\_