

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
 Prof. Dr. Udo Kellner Tel.: 0571/790 4720
 Hans-Nolte Strasse 1 Fax: 0571/790 29 4701
 32457 Minden E-Mail: Pathologie@klinikum-minden.de

Klinik: _____ Station: _____

Ärztin/Arzt: _____ Tel.: _____

KV Selbstzahler Krankenhaus

Abr.	M-Nr:
	Eingang
Ausgang	

Gewünschte KRas Untersuchung

Exon 2 (häufigste Mutationen):
 Exon 3:
 Exon 4:

Gewünschte NRas Untersuchung

Exon 2 (häufigste Mutationen):
 Exon 3:
 Exon 4:

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Überw. Arztes

Fall und Blocknummer: _____

Ergebnis

Tumor DNA im dissezierten Areal: _____ %

KRas - Wildtyp:

KRas Mutation im Exon 2: _____

KRas Mutation im Exon 3: _____

KRas Mutation im Exon 4: _____

NRas - Wildtyp:

NRas Mutation im Exon 2: _____

NRas Mutation im Exon 3: _____

NRas Mutation im Exon 4: _____