

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

Klinik/Praxis: _____ Station: _____

Ärztin/Arzt: _____ Tel.: _____

KV Selbstzahler Krankenhaus

Antrag Mutationsanalytik/NGS

Institut für Molekularpathologie
 Prof. Dr. med. Kellner
 Paul-Ehrlich-Straße 9
 32429 Minden
 Tel.: 0571/790 4720
 Fax: 0571/790 29 4701
 E-Mail: udo.kellner@me.com



Abr.	M-Nr.
Blocknummer	Eingang
	Ausgang

NGS Panel: aktuelle relevante Exone ankreuzen ggf Zusatzfragestellungen:

Amplifikation, Skipping, Translokation ergänzen o. im Freitext

<input type="checkbox"/>	ABL1	<input type="checkbox"/>	EZH	<input type="checkbox"/>	JAK2	<input type="checkbox"/>	PTEN
<input type="checkbox"/>	AKT1	<input type="checkbox"/>	FBXW7	<input type="checkbox"/>	JAK3	<input type="checkbox"/>	PTPN11
<input type="checkbox"/>	ALK	<input type="checkbox"/>	FGFR1	<input type="checkbox"/>	KDR	<input type="checkbox"/>	RB1
<input type="checkbox"/>	APC	<input type="checkbox"/>	FGFR2	<input type="checkbox"/>	KIT	<input type="checkbox"/>	RET
<input type="checkbox"/>	ATM	<input type="checkbox"/>	FGFR3	<input type="checkbox"/>	KRAS	<input type="checkbox"/>	SMARCB1
<input type="checkbox"/>	BRAF	<input type="checkbox"/>	FLT3	<input type="checkbox"/>	MLH1	<input type="checkbox"/>	SMO
<input type="checkbox"/>	CDH1	<input type="checkbox"/>	GNA11	<input type="checkbox"/>	MET	<input type="checkbox"/>	SMAD4
<input type="checkbox"/>	CDKN2A	<input type="checkbox"/>	GNAQ	<input type="checkbox"/>	MPL	<input type="checkbox"/>	SRC
<input type="checkbox"/>	CTNNB1	<input type="checkbox"/>	GNAS	<input type="checkbox"/>	NOTCH	<input type="checkbox"/>	STK11
<input type="checkbox"/>	CSF1R	<input type="checkbox"/>	HNF1A	<input type="checkbox"/>	NPM1	<input type="checkbox"/>	TP53
<input type="checkbox"/>	ERBB2	<input type="checkbox"/>	HRAS	<input type="checkbox"/>	NRAS	<input type="checkbox"/>	VHL
<input type="checkbox"/>	ERBB4	<input type="checkbox"/>	IDH1	<input type="checkbox"/>	PDGFRA	<input type="checkbox"/>	BRCA1
<input type="checkbox"/>	EGFR	<input type="checkbox"/>	IDH2	<input type="checkbox"/>	PIC3CA	<input type="checkbox"/>	BRCA2

Freitextanforderungen:

Tumorentität: _____ Tumor DNA & Menge: _____ %

Arzt: _____ Methode: _____ Biologe: _____

Auswertbare Seq. Reads: _____ Mittlere Lesetiefe der Amplikons: _____

Uniformität der Abdeckung: _____ % Ergebnis: _____
