

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

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



Klinik/Praxis: _____ Station: _____

Ärztin/Arzt: _____ Tel.: _____

KV Selbstzahler Krankenhaus

Abr.	
Blocknummer	M-Nr.
	Eingang
	Ausgang

Klinik-Anforderung bitte ankreuzen (X):

Lunge:

() DNA: Klassische Mutationen (u.a. EGFR, BRAF, KRAS...):

() RNA: Translokationen, Transpositionen, Inversionen, Skipping (RNA-Panel, z.B.: NTRK, ROS1, MET u.a.):

() BRCA1/2

() Sonstige: _____

Freitext: _____

Auswertung Molekularpathologie:

Tumorentität: _____ Lokalisation: _____

Tumor DNA Anteil: _____ % Tumormenge: _____

Arzt (heraussuchender): _____ Panel: _____ Biologe: _____

Seq. Reads: _____ Mittlere Lesetiefe: _____ Uniformität: _____

Ergebnis: _____
