

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

K-ras-Mutation

Pathologie & Molekularpathologie Minden
 PD Dr. Udo Kellner
 Paul Ehrlichstrasse 9
 32429 Minden
 Tel.: 0571/790-4701
 Fax: 0571/790-294701
 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:

Vertragssarztstempel / 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: _____