

Anmeldung zur molekularpathologischen Diagnostik

Mutationsanalyse Liquid Biopsy (LB)

E
M
Vom anfordernden Arzt auszufüllen, *Pflichtangaben

Patientendaten*		Patientenaufkleber-Aufkleber		
Name*:				
Geburtsdatum*:				
Klinische Fragestellung*:	<input type="checkbox"/> EGFR TKI Resistenznachweis			
	<input type="checkbox"/> ALK TKI Resistenznachweis			
	<input type="checkbox"/> Nachweis anderer Mutationen			
Diagnose, TNM:				
Datum der Erstdiagnose:				

Probenversand*				
Datum der Blutabnahme*:		Röhrchen*:	<input type="checkbox"/> Streck:	<input type="checkbox"/> Andere:
Bekannte Infektionskrankheiten (z.B. HIV, virale Hepatitis)*:				
Therapie				
Therapie, unter der die Resistenz aufgetreten ist*:				

Ergebnisse bereits erfolgter Mutations-Diagnostik (z.B. Angabe der Primärmutation)*

Behandelnder Arzt*:	
Datum*:	Stempel*
Unterschrift*:	

Von Mitarbeitern der Molekularpathologie auszufüllen

Lot Nummer und Ablaufdatum d. Röhrchen:				
Blutmenge pro Röhrchen:		In Extraktion eingesetztes Plasmavolumen:		Durchführung Extraktion:
Kommentare (Hämolyse etc):				