

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.	M-Nr.
Blocknummer	Eingang
	Ausgang

Gewünschte Gene (beinhaltet die jeweils aktuell relevanten Exone!) ankreuzen

<input type="checkbox"/>	ABL1
<input type="checkbox"/>	AKT1
<input type="checkbox"/>	ALK
<input type="checkbox"/>	APC
<input type="checkbox"/>	ATM
<input type="checkbox"/>	BRAF
<input type="checkbox"/>	CDH1
<input type="checkbox"/>	CDKN2A
<input type="checkbox"/>	CTNNB1
<input type="checkbox"/>	CSF1R
<input type="checkbox"/>	ERBB2
<input type="checkbox"/>	ERBB4
<input type="checkbox"/>	EGFR

<input type="checkbox"/>	EZH
<input type="checkbox"/>	FBXW7
<input type="checkbox"/>	FGFR1
<input type="checkbox"/>	FGFR2
<input type="checkbox"/>	FGFR3
<input type="checkbox"/>	FLT3
<input type="checkbox"/>	GNA11
<input type="checkbox"/>	GNAQ
<input type="checkbox"/>	GNAS
<input type="checkbox"/>	HNF1A
<input type="checkbox"/>	HRAS
<input type="checkbox"/>	IDH1
<input type="checkbox"/>	IDH2

<input type="checkbox"/>	JAK2
<input type="checkbox"/>	JAK3
<input type="checkbox"/>	KDR
<input type="checkbox"/>	KIT
<input type="checkbox"/>	KRAS
<input type="checkbox"/>	MLH1
<input type="checkbox"/>	MET
<input type="checkbox"/>	MPL
<input type="checkbox"/>	NOTCH
<input type="checkbox"/>	NPM1
<input type="checkbox"/>	NRAS
<input type="checkbox"/>	PDGFRA
<input type="checkbox"/>	PIC3CA

<input type="checkbox"/>	PTEN
<input type="checkbox"/>	PTPN11
<input type="checkbox"/>	RB1
<input type="checkbox"/>	RET
<input type="checkbox"/>	SMARCB1
<input type="checkbox"/>	SMO
<input type="checkbox"/>	SMAD4
<input type="checkbox"/>	SRC
<input type="checkbox"/>	STK11
<input type="checkbox"/>	TP53
<input type="checkbox"/>	VHL
<input type="checkbox"/>	BRCA1
<input type="checkbox"/>	BRCA2

Notizen Molekularpathologie:

Tumorentität: _____ Tumor DNA Anteil: _____ %

Arzt: _____ Methode: _____ Biologe: _____

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

Uniformität der Abdeckung: _____ % Ergebnis: _____
