

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten	Geb. am	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Schloßstr. 56  
70176 Stuttgart  
Tel.: (0711) 56610-925  
Fax: (0711) 50474114  
[www.molpath-bw.de](http://www.molpath-bw.de)  
[info@molpath-bw.de](mailto:info@molpath-bw.de)

**Versicherungsstatus:**

- ambulant (KV)  
 privat  
 stationär  
 privat stationär

**Rechnungsempfänger:**

Auf Veranlassung:

Fragestellung / Indikation: \_\_\_\_\_

**Anforderung molekularpathologischer Untersuchungen an soliden Tumoren**

Eingangsnr. Molpath: \_\_\_\_\_

Ihre Eingangsnummer:  Blocknummer:

**Materialart:**

- FNP  Biopsat  Resektat  Abradat Tumorzellgehalt: \_\_\_\_\_ % Mikrodissektion:  Ja /  Nein

Histologische Diagnose:   
**(bitte Befunde beilegen)**

Primärtumor /  Metastase

ICD-10:

Eilig

- Lungenkarzinom:** v.a. *EGFR, KRAS, BRAF, MET, ERBB2(HER2), STK11, KEAP1, ALK, ROS1, RET, NRG1, NTRK1-3*  
 Primäranalyse  
 Resistenztestung **(bitte Befunde zum Mutationsstatus und Therapie beilegen)**
- Kolorektales Karzinom:**  *RAS*  *BRAF*  *ERBB2(HER2)*  *NTRK1-3*  MSI
- Melanom:**  *BRAF*  *NRAS*  *KIT*  *NTRK1-3*
- Endometriumkarzinom:**  *POLE*  *TP53*  *CTNNB1*  MSI  *MLH1*-Methylierung  HRD
- Schilddrüsenkarzinom:**  *BRAF*  *RET*  *MET*  *ALK*  *ROS1*  *NTRK1-3*  MSI
- Gallengangskarzinom:**  *IDH1*  *BRAF*  *ERBB2(HER2)*  *FGFR2*  *NTRK1-3*  MSI
- GIST:** *KIT, PDGFRA*
- Mammakarzinom:**  *BRCA1/2\**  *PIK3CA, AKT1, PTEN*  *ESR1*  *ERBB2(HER2)*-Mutationen  *NTRK1-3*  HRD  
 *BRCA1/2*-Methylierung
- Magenkarzinom:**  MSI  *ERBB2(HER2)*  *NTRK1-3*  (EBV)
- Ovarialkarzinom:**  *BRCA1/2\**  HRD  MSI
- Pankreaskarzinom:**  *BRCA1/2\**  MSI  HRD  andere HRR-Gene
- Prostatakarzinom:**  *BRCA1/2\**  andere HRR-Gene  HRD  MSI
- Urothelkarzinom:**  *FGFR2-3*  MSI  *NTRK1-3*
- Gliom:**  *MGMT*-Methylierung  *IDH1/2*  1p/19q-Kodeletion  *BRAF*  *TP53*
- Große NGS-Panels\*** (z.B. für austerapierte Patienten, CUP, mgl. Studieneinschluss):  
>500 Gene, MSI, TMB, HRD (OncoPrint™ Comprehensive Assay Plus)

\* Einwilligung laut Gendiagnostikgesetz liegt vor.

**Name / Unterschrift einsendende(r) Gesellschafter/in:**