



Antrag auf molekularpathologische Untersuchung für die HNPCC-Prädiagnostik

Untersuchungsgut von:	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>	Einsender: Klinik / Station / Ambulanz / Arzt (Stempel)
Name:			
Vorname:	Geb.:		
Adresse:			
Patientennummer:			
Art des Untersuchungsgutes / Lokalisation:			
Entnahmedatum:			Einsender ID: Tel.: Fax:

Kostenübernahme:	Kasse ambulant Ü-Schein!	Kasse stationär	Privat ambulant	Privat stationär	Selbstzahler
Krankenkasse bzw. Kostenträger:					
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.		
Vertragsarzt.-Nr			VK gültig bis		
Für Selbstzahler / Kassenpatienten ohne Ü-Schein: Mir ist bewusst, dass ich für die anfallenden Kosten selbst aufkommen muss und ich erkläre mich ausdrücklich bereit die anfallenden Kosten zu bezahlen.					
Datum:			Unterschrift:		

Angaben zum Patienten	
Indikation:	
ggf. Familienanamnese // Beschreibung der Symptomatik // Bethesda-Kriterien // Amsterdam-Kriterien // ggf. Vorbefunde in Kopie beilegen	
Weitere Angaben:	
<input type="checkbox"/> In der Familie wurden bereits molekulargenetische Untersuchungen durchgeführt: Name der Familie bzw. des Indexpatienten: _____	
Wann und wo? _____ (bei auswärtiger Analyse bitte Befundkopie beilegen)	
Name (Druckbuchstaben):.....	Datum und Unterschrift
Tel.-Nr:	
der/s verantwortlichen Ärztin/Arzt gemäß Gendiagnostikgesetz	

Gewünschte Untersuchung	
<i>bitte ankreuzen</i>	<i>Benötigtes Untersuchungsmaterial bitte zusenden!</i>
<input type="checkbox"/> Mikrosatelliteninstabilität	<i>Tumor- und Normalgewebe</i>
<input type="checkbox"/> BRAF-Mutation (Kodon 600)	<i>Tumorgewebe</i>
<input type="checkbox"/> MLH1-Promotormethylierung	<i>Tumor- und Normalgewebe</i>