

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

Klinik/Praxis: _____ Station: _____

Ärztin/Arzt: _____ Tel.: _____

KV Selbstzahler Krankenhaus

Antrag Mutationsanalytik

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



Abr.	M-Nr.
Blocknummer	Eingang
	Ausgang

Einzelgenantrag ggf. Freitext

ABL1	EZH	JAK2	PTEN
AKT1	FBXW7	JAK3	PTPN11
ALK	FGFR1	KDR	RB1
APC	FGFR2	KIT	RET
ATM	FGFR3	KRAS	SMARCB1
BRAF	FLT3	MLH1	SMO
CDH1	GNA11	MET	SMAD4
CDKN2A	GNAQ	MPL	SRC
CTNNB1	GNAS	NOTCH	STK11
CSF1R	HNF1A	NPM1	TP53
ERBB2	HRAS	NRAS	VHL
ERBB4	IDH1	PDGFRA	BRCA1
EGFR	IDH2	PIC3CA	BRCA2

Freitextanforderungen:

Tumorentität: _____ Tumor DNA & Menge: _____ %

Arzt: _____ Methode: _____ Biologe: _____

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

Uniformität der Abdeckung: _____ % Ergebnis: _____

