

# BEGUTACHTUNGS-AUFTRAG MOLEKULARPATHOLOGIE



Institut für Pathologie  
SAARLOUIS

BAD KREUZNACH · HOMBURG · IDAR-OBERSTEIN · KAISERSLAUTERN

**Institut für Pathologie GbR, ÜBAG**

Frau Adrienne Mayer  
Herr Jens Krämer  
Priv. Doz. Dr. med. Michael Härle  
Dr. med. Martina Knöß, MIAC  
Dr. med. Per Knöß, MIAC  
Dr. med. Bernd Neugebauer  
Prof. Dr. med. Yoo-Jin Kim\*  
und KollegInnen  
Fachärzte für Pathologie  
\*Facharzt für Pathologie & Neuropathologie

Zeughausstraße 7

**66740 SaarLouis**

Tel. 0 68 31-496 36

Fax 0 68 31-46 02 74

www.pathologie-gbr.de

info@patho-sls.de

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

Diagnose / Verdachtsdiagnose / Fragestellung *bitte ausfüllen*

Auftrag – Material (Art, Entnahme, Anzahl etc.) *bitte ausfüllen*

**Tumordiagnostik**

**Endometriumkarzinom**

PIK3CA-Mutation (Exon 9,20)

POLE-Mutation

PTEN-Mutation

**GIST**

C-KIT-Mutation (Exon 9,11,13,17)

PDGFRA-Mutation (Exon 12,18)

**HNPCC-Diagnostik**

Mikrosatelliten-PCR (Tumor und Normalgewebe)

Repairenzyme MLH1, MSH2, MSH6, PMS2

**Kolonkarzinom**

NGS-Paneldiagnostik

**Lungenkarzinom**

PD-L1-IHC

NGS-Paneldiagnostik

**Infektionsdiagnostik**

**Viren**

HPV-Typisierung (FFPE-Gewebe)

HPV-Typisierung (Dünnschicht-Zytologie)

**Magen-/Ösophaguskarzinom**

Claudin 18.2 (CLDN18.2)

HER2-DISH  HER2-IHC

**Malignes Melanom**

BRAF-Mutation (Exon 15)

C-KIT-Mutation (Exon 9,11,13,17)

NRAS-Mutation (Exon 2,3,4)

PD-L1-IHC

**Mammakarzinom**

BRCA 1/2-Mutationsanalyse

EndoPredict®-Test

HER2-DISH  HER2-IHC

PD-L1-IHC

PIK3CA-Mutation (Exon 9,20)

**Ovarialkarzinom**

BRCA 1/2-Mutationsanalyse

**Sonstiges:**

Paneldiagnostik

Zur Ermittlung des EPclin-Scores bitten wir, soweit bereits bekannt um Mitteilung folgender Parameter:

Tumgröße: \_\_\_\_\_ cm (nur invasiver Anteil)

ER:  positiv  negativ Score: \_\_\_\_\_ (Remmele/Allred)

PR:  positiv  negativ Score: \_\_\_\_\_ (Remmele/Allred)

Ki-67: \_\_\_\_\_ % positive Zellen      HER-2-Score: \_\_\_\_\_

Anzahl Lymphknotenmetastasen:  0  1-3  4-10  > 10

UICC-Klassifikation: pT \_\_\_\_ pN \_\_\_\_ ( / ) G \_\_\_\_ L \_\_\_\_ V \_\_\_\_ R \_\_\_\_

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes

Datum

*vom Pathologen auszufüllen*

Materialannahme	
Erfassen	
Zuschnitt	
Labor	
Pathologe	
Schnellschnitte	
Blöcke	
Ausstriche	
H&E	
PAS	
Alcian	
Eisen	
EvG/SR	
Giemsa	
Kongo	
Spezial	
Entkalkung	
Restmaterial	
Immunhistochemie	

**BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN:**

AMBULANT       REGELLEISTUNG       SCHNELLSCHNITT       Tel: \_\_\_\_\_

STATIONÄR       ÄRZTLICHE WAHLEISTUNG       EILEINBETTUNG

BELEGARZT       FAXBEFUND       Fax: \_\_\_\_\_

Befundkopie an: \_\_\_\_\_

Eingangs-Datum *vom Pathologen auszufüllen*

Leistungserfassung *vom Pathologen auszufüllen*