

(Bitte auch die Kopie mit Aufkleber versehen)		<b>Bitte freilassen:</b>
Pat. Nr.:	Fallnummer:	
Name:	Geburtsname:	
Vorname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	
Geburtsdatum:		
Adresse:		
<b>Versorgung:</b> <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <b>Versicherung:</b> <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> gesetzlich		
<b>Institut für Neuropathologie</b> Charité - Universitätsmedizin Berlin Prof. Dr. med. F. Heppner Charité Campus Mitte   Virchowweg 15 Charitéplatz 1 10117 Berlin		Telefon: +49 030 450 536 042 / -032 Fax: +49 030 450 536 940 Email: Neuropathologie@charite.de

### Klinische Angaben und Probenangaben

<b>Diagnose</b>	
<b>Probenmaterial</b>	<input type="checkbox"/> FFPE-Gewebe <input type="checkbox"/> EDTA-/Citrat-Blut <input type="checkbox"/> Anderes: <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird separat übersandt <input type="checkbox"/> ist bereits in der Neuropathologie der Charité eingegangen Eingangsnummer:
<b>Kommentar</b>	

<input type="checkbox"/> MGMT-Promotormethylierung (Pyrosequenzierung) <input type="checkbox"/> Genomweite DNA-Methylierungsanalyse und chromosomale Kopiezahlanalyse (z.B. <i>EGFR/MYC/MYCN</i> Amp, <i>CDKN2A/B</i> Del, 1p/19q Kodeletion, <i>BRAF</i> Fusion) (EPIC Array) <input type="checkbox"/> NGS: TSO 500 DNA+RNA (Mutationen, TMB, MSI, Fusionen): <b>Beauftragung nur mittels zusätzlichem "Antrag auf molekularpathologische Begutachtung" möglich (beinhaltet essentielle Patient*innen Einwilligung zur NGS-Analyse)</b> <input type="checkbox"/> Mutation <i>IDH1</i> und <i>IDH2</i> Hotspot (Pyrosequenzierung) <input type="checkbox"/> Mutation <i>BRAF</i> (Codon 600) Hotspot (Pyrosequenzierung) <input type="checkbox"/> Mutation H3.3 ( <i>H3F3A</i> ) Hotspots (Pyrosequenzierung) <input type="checkbox"/> Mutation <i>CTNNB1</i> ( -Catenin) Hotspot (Pyrosequenzierung) <input type="checkbox"/> Mutation TERT-Promotor (Sanger Sequenzierung) <input type="checkbox"/> Sonstige molekulare Analysen: _____
--

<b>Absender Stempel</b>	<b>Anfordemde*r Arzt/Ärztin / Ansprechpartner</b>
	<b>Telefon:</b>
	<b>Datum   Unterschrift:</b>

Einsenderschein für Molekulare Diagnostik