

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

Einsendender Arzt für Probenidentität
(Praxisstempel)



MVZ genetikum GmbH
Zentrallabor
Wegenerstrasse 15
89231 Neu-Ulm
Tel: 0731 14 610-0
Fax: 0731 14 610-220

Probeneinsendeformular somatische Tumordiagnostik

WICHTIG: Bitte Laborüberweisungsschein (Muster 10) beilegen.

Abrechnung:

- GKV (gesetzlich; Laborüberweisungsschein Muster 10)
- PKV (privat)
- PKV + Beihilfe
- Selbstzahler
- Rechnung an Klinik

Anforderung NGS-Panel

Melanozytäre Borderlineläsion*:

Basis-Panel

- BRAF, NRAS, TERT, CDKN2A, BAP1, MAP2K1* Copy number alterations, TMB (NGS)

Erweitertes Panel

- BRAF, NRAS, TERT, CDKN2A, BAP1, MAP2K1, APC, CTNNB1, CYSLTR2, GNA11, GNAQ, HRAS, IDH1, KIT, KRAS, MAP2K2, MAP3K8, NF1, PRKAR1A, SF3B1, SPRED1*; Fusionsgene: *ALK, BRAF, MAP3K8, MET, NTRK1, NTRK2, NTRK3, RAF1, RET, ROS1*; Copy number alterations; TMB (NGS)

* derzeit nicht akkreditierte Untersuchung

Hinweis: Im Rahmen der somatischen Diagnostik können Keimbahnvarianten identifiziert werden. Die Gendiagnostik-Kommission empfiehlt Patienten und Patientinnen frühzeitig darüber zu informieren. Auf das potentielle Vorliegen einer Keimbahnvariante wird im Befund bei klinischer Relevanz hingewiesen.

Melanom*:

- BRAF, NRAS, KIT, TERT, TMB*
- Sonstiges:

Sonstige Anforderungen*:

Angaben zum Patienten:

Histologie-Nr: _____

Angaben zum Probenmaterial:

- H&E Schnitt

Tumorzellgehalt: _____ %

- 8µm Schnittpräparate aus FFPE (mind. 100mm²)

ICD-10-Code: _____

Vorläufige Einschätzung / Dignitätsbewertung:

- High-GSD Melanom / desmoplastisches Melanom
- WNT-aktiviertes tief penetrierendes / plexiformes Melanozytom DD Melanom
- Spitz-Tumor DD Spitz-Melanom
- Blauer Nävus DD Melanom ex blauer Nävus
- Akral-lentiginöses Melanom / Schleimhautmelanom
- Pigmentiertes epithelioides Melanozytom (PEM)
- Sonstiges: _____

- Befunde in Kopie beigelegt

Wird vom genetikum ausgefüllt

Proben-Nr.
MTA