

Krankenkasse bzw. Kostenträger			
Name, Vorname, Adresse des Versicherten		Geschlecht m w geb. am	
GK-gültig bis			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
Kostenträger			
Ambulant	Stationär	Wahlleistung	KV(Schein)

Prof. Dr. med. H. Stein
 Doktor R. Bob
 Prof. Dr. med. H. Dürkop

Komturstraße 58-62
 12099 Berlin



Antrag molekularpathologische Untersuchung

Absender (bitte mit Stempel einsetzen)

Telefon: +49(30) 2360 842 10 • Fax: +49(30) 2360 842 19 • E-Mail: info@pathodiagnostik.de • www.pathodiagnostik.de

Interphase FiSH Analyse

Chromosomale Umlagerungen
 bei Lymphomen

c-MYC
BCL2
BCL6
IGH
Cyclin D1-CCND1
IGH/MYC Fusion

Numerische Chromosonale Veränderungen

CLL Panel

del (17p13)
 del (11q22-23)
 del (13q14.3)

Myelodysplastisches Syndrom (MDS Panel)
 nur an Ausstrich-Präparaten

del (5q 31)
 del (7q 31)
 del (17p 13)
 del (20q 12)
 Trisomie 8

MPN

PDGFR alpha
 PDGFR beta
 FGFR1
BCR/ABL Fusion

PCR-basierte Klonalitätsanalyse

IGH-Genlocus

IGK-Genlocus

TCRB-Genlocus

TCRG-Genlocus

Anamnese:

Frühere Befunde:

Klinische Diagnose und Fragestellung:

Zusätzliche Befundübermittlung erwünscht an:

Eingangsnummer:

Eingangsdatum:

 Datum, Unterschrift (Stempel)