

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

E.-DAT.:

E.-NR

Dr. R. Steinbeck, Ph. D.
Dr. U. Pauser und Kollegen

**Überörtliche GMP Pathologie,
Zytologie, Molekularpathologie
24937 Flensburg, Stuhrsallee 29
Tel. 04 61/5055 2-10, Fax - 20
24106 Kiel, Am Tannenber 85a
Tel. 04 31 / 38901-10, Fax - 18**

www.pathologie-sh.de
info@pathologie-sh.de

Untersuchungsantrag Molekularpathologie

- | | | |
|--------------------------------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> KRAS | <input type="checkbox"/> ERBB2 | Diagnose |
| <input type="checkbox"/> NRAS | <input type="checkbox"/> FOXL2 | |
| <input type="checkbox"/> EGFR | <input type="checkbox"/> GNA11 | Vorbefund |
| <input type="checkbox"/> BRAF | <input type="checkbox"/> GNAQ | |
| <input type="checkbox"/> ALK | <input type="checkbox"/> KIT | Material |
| <input type="checkbox"/> ROS | <input type="checkbox"/> MET | |
| <input type="checkbox"/> PD-L1 | <input type="checkbox"/> PDGFRA | Befund an |
| <input type="checkbox"/> BRCA | <input type="checkbox"/> PIK3CA | |
| <input type="checkbox"/> AKT1 | <input type="checkbox"/> RET | |
| <input type="checkbox"/> TP53 | <input type="checkbox"/> O andere Zielstruktur | |

- Überweisungsschein liegt bei
- Privatpatient (Rechnungsanschrift siehe oben)
- Rechnung an Krankenhaus

.....
Auftraggeber (Arzt, Stempel)

.....
Datum und Unterschrift

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

E.-DAT.:

E.-NR

Dr. R. Steinbeck, Ph. D.
Dr. U. Pauser und Kollegen

**Überörtliche GMP Pathologie,
Zytologie, Molekularpathologie
24937 Flensburg, Stuhrsallee 29
Tel. 04 61/5055 2-10, Fax - 20
24106 Kiel, Am Tannenber 85a
Tel. 04 31 / 38901-10, Fax - 18**

www.pathologie-sh.de
info@pathologie-sh.de

Untersuchungsantrag Molekularpathologie

- | | | |
|--------------------------------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> KRAS | <input type="checkbox"/> ERBB2 | Diagnose |
| <input type="checkbox"/> NRAS | <input type="checkbox"/> FOXL2 | |
| <input type="checkbox"/> EGFR | <input type="checkbox"/> GNA11 | Vorbefund |
| <input type="checkbox"/> BRAF | <input type="checkbox"/> GNAQ | |
| <input type="checkbox"/> ALK | <input type="checkbox"/> KIT | Material |
| <input type="checkbox"/> ROS | <input type="checkbox"/> MET | |
| <input type="checkbox"/> PD-L1 | <input type="checkbox"/> PDGFRA | Befund an |
| <input type="checkbox"/> BRCA | <input type="checkbox"/> PIK3CA | |
| <input type="checkbox"/> AKT1 | <input type="checkbox"/> RET | |
| <input type="checkbox"/> TP53 | <input type="checkbox"/> O andere Zielstruktur | |

- Überweisungsschein liegt bei
- Privatpatient (Rechnungsanschrift siehe oben)
- Rechnung an Krankenhaus

.....
Auftraggeber (Arzt, Stempel)

.....
Datum und Unterschrift