

Einsender: _____

Wird vom Labor ausgefüllt:
Datum _____ Zeit _____ Visum _____

Name _____ Geburtsdatum _____

Befundkopie an: _____

Vorname _____ Geschlecht: W M

Strasse, Nr. _____ Telefon _____

Befund per E-Mail an Arzt:
(Falls keine HIN-E-Mail-Adresse, Mobilnummer für SMS-Code zwingend erforderlich)

PLZ _____ Ort _____

Mobilnummer: _____

Name der Versicherung _____ Versicherungsnummer _____

E-Mail: _____

Rechnung an: Kasse/Patient Selbstzahler Einsender
 Andere: _____
Ohne Vermerk des Rechnungsempfängers, wird elektronisch mit der Krankenkasse des Patienten abgerechnet.

Angaben zur Probe:
Abnahmedatum: _____ Paraffin-Block Nummer: _____ Paraffin-Schnitt Nummer: _____
 EDTA/Hep. Blut EDTA/Hep. Knochenmark
 Sonstiges Material: _____

Obligatorische Information:
Primärtumor Organ: _____
Primärtumor Typ: _____
Hormonstatus des Tumors (falls vorhanden): _____
Anteil Tumorzellen: _____ %
Material (Organ/Lokalisation): _____

Klinische Angaben / Fragestellung:

NGS PANEL – AMPLISEQ COMPREHENSIVE PANEL V3 (ILLUMINA)

Full Panel | 161 Gene BRCA1/BRCA2 | 2 Gene

Ort, Datum: _____ Unterschrift einsendender Arzt: _____