

Bitte schicken Sie die Probe
zusammen mit
Den unterschriebenen Originaldokumenten
Einem aktuellen onkologischen Befundbericht

An:
Institut für Hämatopathologie Hamburg
Postfach 540640
22506 Hamburg

Patientendaten*

Name oder externe ID: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: Männlich Weiblich

Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

Krankenkassen ID/Versicherungsnummer : _____

Art des Tumors*: Histologisch oder zytologisch gesichertes Lungenkarzinom (ICD C33 + C34)

Klinische Fragestellung*: Primäre molekulare Diagnostik (kein Gewebe verfügbar)

Resistenztestung bei Progress (kein Gewebe verfügbar)

Raucherstatus*: Raucher, pack years: _____ Ex-Raucher seit _____ Jahren pack years: _____ Nichtraucher

Lebenserwartung*: mehr als sechs Wochen weniger als sechs Wochen

Datum der Erstdiagnose: _____ ECOG Performance-Status _____

Probeversand

Bitte zwei Cell-free DNA BCT Röhrchen (Streck, Ref. 218997 oder Ref. 230256)-Röhrchen per Übernacht-Kurier versenden.

Datum der Blutabnahme: _____

Bekannte Infektionskrankheiten (z.B. virale Hepatitis, HIV, o.ä.): _____

Therapie

Vorhergehende Therapien: _____

Therapie zum Zeitpunkt der Blutabnahme: _____

Geplante Therapie, die ohne die Ergebnisse der Liquid Biopsy durchgeführt werden würde*: _____

*Pflichtangaben

Anforderungsformular für Liquid Biopsy

Patientendaten

Name:

Geb.-Datum:



Histologie

Adenokarzinom; Subtyp: Kleinzelliges Karzinom Plattenepithel-Karzinom

Andere:

Lage des Primärtumors:

Größe des Primärtumors:

Lage möglicher Metastasen:

Größe möglicher Metastasen:

TNM-Klassifikation: UICC-Stadium*:

Ergebnisse bereits erfolgter Molekulardiagnostik*

nicht getestet	Wildtyp	detektierte Genveränderung (bitte angeben):	nicht getestet	Wildtyp	detektierte Genveränderung (bitte angeben):
ALK: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		MET: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
BRAF: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		NRAS: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
BRCA1/2: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		PDL1: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
EGFR: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		PIK3CA: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
FGFR1: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		RET: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
HER2: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ROS1: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
KIT: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		TP53: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
KRAS: <input type="radio"/>	<input type="radio"/>		andere:		

Behandelnder Arzt:

Kontaktinformationen behandelnder Arzt:

Stempel

Kopien des Befundes sollen an folgende Personen
gesendet werden:

Die Durchführung einer Liquid Biopsy ist bei dem Patienten/der Patientin indiziert, weil

- eine Re-Biopsie (Bronchoskopie, Punktion) am bereits durchgeführt wurde und ohne verwertbares Ergebnis blieb **
- die Durchführung einer Re-Biopsie aus nachfolgenden Gründen kontraindiziert und damit medizinisch nicht vertretbar ist:

Datum*

Unterschrift*

*Pflichtangaben **Befund der Pathologie beifügen

Vielen Dank für Ihren Auftrag!