

Antrag auf molekularneuropathologische Untersuchung
 an
Prof. Dr. med. Werner Paulus
Institut für Neuropathologie der Universität
Pottkamp 2
48149 Münster



Betrifft:			(Bitte Adressette verwenden)
Name	Vorname	Geburtsdatum	
Straße		PLZ/Ort	

Anfordernde Praxis / Klinik: (Stempel)

Regelleistung:

Wahlleistung:

Vorhergehende Untersuchung, Fall Nr., falls bekannt: _____

Molekularpathologische Untersuchung:

Mutationsanalyse (Sequenzierung):		Deletion	
<input type="checkbox"/>	IDH1 und IDH2	<input type="checkbox"/>	1p19q
<input type="checkbox"/>	BRAF	Methylierungsanalysen:	
<input type="checkbox"/>	KRAS	<input type="checkbox"/>	MGMT-Promotor
<input type="checkbox"/>	FGFR1	<input type="checkbox"/>	Methylom-Analyse (850K)
<input type="checkbox"/>	EGFR	Klonalitätsanalyse:	
<input type="checkbox"/>	Histon H3	<input type="checkbox"/>	B-Zell Klonalität IGH
<input type="checkbox"/>	TERT Promotor	<input type="checkbox"/>	T-Zell Klonalität TCRg
Translokation (RT PCR):		Erregernachweis:	
<input type="checkbox"/>	BRAF-Fusionstranskripte	<input type="checkbox"/>	TBC (Mycobacterium tuberculosis)
Next generation sequencing (NGS):		<input type="checkbox"/>	Metagenomik-Analyse (Nanopore)
<input type="checkbox"/>	Whole Exome sequencing (WES)		

Datum _____

Unterschrift, Stempel des überweisenden Arztes _____