

Antrag auf molekularneuropathologische Untersuchung

an

Prof. Dr. med. Werner Paulus**Institut für Neuropathologie der Universität****Pottkamp 2****48149 Münster**

Dieses Feld bitte nicht beschriften

Betreff: (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):**

IDH1 und IDH2
BRAF
k-RAS
FGFR1
EGFR
Histon H3
hTERT

Translokation (RT PCR):

BRAF-Fusionstranskripte

Methylierungsanalysen:

MGMT-Promotor
Methylom-Analyse (850K)

ErregerNachweis:

TBC (Mycobacterium tuberculosis)

Klonalitätsanalyse:

B-Zell Klonalität IGH
T-Zell Klonalität TCRg

Deletion

1p19q

Datum

Unterschrift, Stempel des überweisenden Arztes