



**Patientenaufkleber**

Kassenpfl. Pflegesatz

Ja

Nein

Arztwahl

Ja

Nein

stationär

ambulant

**Untersuchungsmaterial**

(Fixation in 4% gepuffertes Formalin)

(Stempel und Unterschrift)

- Untersuchungsmaterial Pathologie:**  
Anforderung an Fax +49 6841 / 162 18 02
- Untersuchungsmaterial Neuropathologie:**  
Anforderung an Fax +49 6841 / 162 38 77

**Gewünschte mol. path. Untersuchung:**

EGFR-Mutation     K-RAS     BRAF

EML4-ALK     ROS1     RET

NTRK     MET     HER2

NGS     \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_

**Histologische Voruntersuchung:**

**E-Nr.:**

**Klinische Angaben:**

NSCLC Stad. IIIB/IV:    **Ja**     **Nein**

**Klinische Fragestellung:**

Patient gesetzl.  
krankenversichert    **Ja**     **Nein**

**Verdachtsdiagnose:**

Patient privat  
krankenversichert    **Ja**     **Nein**

**Telefon/Fax:**

(Stempel und Unterschrift)

**Datum:**