

EINSENDER / Stempel / Unterschrift

PATIENT / Etiketle

Name, Vorname

Geburtsdatum

weiblich  männlich

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

RECHNUNG

Patient

Einsender

Andere:

KOPIE AN

HISTOLOGIE-Nr.:

ZYTOLOGIE-Nr.:

KLINISCHE ANGABEN / FRAGESTELLUNG

Haut	<input type="checkbox"/> <u>kutane, mukosale Melanome</u> Mutationsanalysen <input type="checkbox"/> BRAF Ex 15 * <input type="checkbox"/> NRAS Ex 2-4 * <input type="checkbox"/> KIT Ex 9, 11, 13, 13, 17 *	Viren	<input type="checkbox"/> HPV-Typisierung (PCR) * <input type="checkbox"/> EBV (EBER <i>in-situ</i> Hybridisierung)
	<input type="checkbox"/> <u>Aderhautmelanom</u> Mutationsanalysen <input type="checkbox"/> GNAQ und GNA11 Ex 5 *	weitere	<input type="checkbox"/> Oncomine Focus Assay™ (Drug Targets) * <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> <u>spitzoide Tumore</u> Mutationsanalysen <input type="checkbox"/> TERT Promoter *	ANMERKUNG	* Diese Untersuchungen und FISH werden in Zusammenarbeit mit einem nicht akkreditiertem Partnerlabor durchgeführt
	<input type="checkbox"/> <u>Checkpoint Inhibitoren</u> Immunhistochemie IHC <input type="checkbox"/> PD-L1/CD8		