



# Anforderung molekulare Diagnostik LUNGENKARZINOM

Hinweis: Bitte alle Felder deutlich ausfüllen!

per Fax an: 06131 17-66 04

<b>Patientenetikett</b> (bitte hier aufkleben)  Name, Vorname _____  geboren am _____  Straße _____  PLZ/Wohnort _____  Versicherungsnummer _____	<b>Geschlecht:</b> m            w  <b>Gewicht:</b> _____ <b>Größe:</b> _____  stationär            ambulant (zum Zeitpunkt dieser Anforderung)  <b>Raucherstatus:</b>  Raucher, pack years: _____  Ex-Raucher, stopp seit: _____ Jahren pack years: _____  Nieraucher
<b>Krankenkasse</b>  GKV: _____ (bitte konkrete Angabe)  PKV: _____ (bitte konkrete Angabe) <b>↳</b> Basistarif            Standardtarif            Vollversichert <b>(bitte bei PKV <u>IMMER</u> angeben!)</b>	
<b>ECOG Performance Status</b>  ECOG 0 (normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung) ECOG 1 (Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich) ECOG 2 (gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen) ECOG 3 (nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden) ECOG 4 (völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden)	
<b>Histologie</b>  Adeno-Ca.            Adenosquamöses-Ca.            Plattenepithel-Ca.            Kleinzelliges Karzinom  CUP            andere (NOS): _____  <b>- Bitte unbedingt pathologischen Befund beifügen -</b>	



Name, Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Tumorstadium:**

1. Erstdiagnose (ED) am: \_\_\_\_\_ ED histopathologisch gesichert: ja nein

TNM-Status bei ED T: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ UICC bei ED: \_\_\_\_\_

2. Aktuelles Tumorstadium (sofern abweichend von der ED) seit: \_\_\_\_\_ (Datum)

TNM-Status aktuell T: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ UICC aktuell: \_\_\_\_\_

Kurativ-operabel: ja nein

Rezidiv/ Progress: ja nein Falls ja, seit wann? \_\_\_\_\_ (Datum)

Therapie: - Bitte aktuellen Arztbrief beifügen -

Welches Tumormaterial soll untersucht werden? \_\_\_\_\_  
(z.B. Datum der Entnahme, Eingangsnummer usw.)

Materialentnahme erfolgte : stationär ambulant

Tumormaterial bei: (Name des Pathologen, Praxis, Klinik, Ort)

**Möchten Sie für Ihren Patienten  
eine Resistenztestung anfordern?**

**Ja Nein**

**Falls ja, füllen Sie zusätzlich die Seite 3 aus!**

**Kontakt:**  
Institut für Pathologie  
Langenbeckstr. 1  
55131 Mainz  
Telefon (0 61 31) 17-35 65

**Per Fax an 06131 17-66 04**

**Einsender:**

Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,  
leserlich!!



**Name, Vorname des Patienten:** \_\_\_\_\_

### **Resistenztestung EGFR**

1. Therapie mit einem EGFR-TKI bei bekannter EGFR-Mutation erfolgt? ja nein

**Falls ja, welcher EGFR-TKI:** \_\_\_\_\_ (bitte unbedingt angeben!)

2. Progress unter Therapie mit einem EGFR-TKI bei bekannter EGFR-Mutation ja nein

3. Nach Feststellung des Progresses ist eine erneute Biopsie erfolgt (Re-Biopsie)? ja nein

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_ Re-Biopsie hat folgende interne Nummer: \_\_\_\_\_

**Resistenztestung beantragen? ja nein**

**Nur falls 1. – 3. zutreffen, kann eine Resistenztestung erfolgen!**

### **ALK-Inhibitor Resistenz**

1. Therapie mit Crizotinib bei bekannter ALK-Translokation erfolgt? ja nein

2. Progress unter Therapie mit Crizotinib bei bekannter ALK-Translokation ja nein

3. Therapie nach Progress mit folgendem ALK-TKI:  
Ceritinib Alectinib andere, welche \_\_\_\_\_ keine Therapie

4. Nach Feststellung des Progresses ist eine erneute Biopsie erfolgt (Re-Biopsie)? ja nein

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_ Re-Biopsie hat folgende interne Nummer: \_\_\_\_\_

**Resistenztestung beantragen? ja nein**

**Nur falls 1. - 4. zutreffen, kann eine Resistenztestung erfolgen!**

#### **Kontakt:**

Institut für Pathologie  
Langenbeckstr. 1  
55131 Mainz  
Telefon (0 61 31) 17-35 65

**Per Fax an 06131 17-66 04**

#### **Einsender:**

Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,  
leserlich!!