



Anforderung molekulare Diagnostik LUNGENKARZINOM

Hinweis: Bitte alle Felder deutlich ausfüllen!

per Fax an: 06131 17-66 04

Patientenetikett (bitte hier aufkleben) Name, Vorname _____ geboren am _____ Straße _____ PLZ/Wohnort _____ Versicherungsnummer _____	Geschlecht: m w Gewicht: _____ Größe: _____ stationär ambulant (zum Zeitpunkt dieser Anforderung) Raucherstatus: Raucher, pack years: _____ Ex-Raucher, stopp seit: _____ Jahren pack years: _____ Nieraucher
Krankenkasse GKV: _____ (bitte konkrete Angabe) PKV: _____ (bitte konkrete Angabe) ↳ Basistarif Standardtarif Vollversichert (bitte bei PKV <u>IMMER</u> angeben!)	
ECOG Performance Status 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)	
Histologie Adeno-Ca. Adenosquamöses-Ca. Plattenepithel-Ca. Kleinzelliges Karzinom CUP andere (NOS): _____ - Bitte unbedingt pathologischen Befund beifügen -	



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!!