

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb.am						
Kassen-Nr.	Versicherten Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Pathologie & Molekularpathologie Minden
 Prof. Dr. Udo Kellner
 Paul-Ehrlich-Strasse 9
 32429 Minden
 Tel.: 0571/790-4701
 Fax: 0571/790-294701
 E-Mail: pathologie@klinikum-minden.de



Klinik: _____ Station: _____

Ärztin/Arzt: _____ Tel.: _____

KV Selbstzahler Krankenhaus

Abr.	M-Nr:
	Eingang
	Ausgang

Gewünschte Untersuchung (bitte ankreuzen)

B-raf Mutationsanalyse:

c-Kit mutationsanalyse:

Tumortyp: _____

Untersuchung von Block Nr.: _____

Tumor-DNA im dissezierten Areal: _____ %

Untersuchungsmethode: _____

Gewünschte NRas Untersuchung

Exon 2:

Exon 3 (häufigste Mutationen):

Exon 4:

Klinische Angaben

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Überw. Arztes

Ergebniss(e)

B-raf Exon 15: _____

c-Kit Exon 9: _____

c-Kit Exon 11: _____

c-Kit Exon 13: _____

c-Kit Exon 17: _____

N-Ras Exon 2: _____

N-Ras Exon 3: _____

N-Ras Exon 4: _____