

Universitätsklinikum Leipzig

Medizin ist unsere Berufung.

Department für Diagnostik

Abteilung für Neuropathologie

Leiter: Prof. Dr. med. W. Müller

Liebigstraße 26, Haus G, 04103 Leipzig

Telefon 0341 9715040

Fax 0341 9715049

E-Mail Neuropath@medizin.uni-leipzig.de

Neuropathologie

Telefon 0341 9715023 (Eingangslabor)

Telefon 0341 9715040 (Befundauskunft)

12

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

112.1

Einsender-Etikett



Einsender (Stempel)

Einsender
(Stempel)

Anforderungsdatum

Telefon für Rückfragen

Behandlungsart		Tarif-Info
Stationär	Ambulant	
Vollstationär	Primär-Abrechnungs-Schein	Pauschale
Teilstationär	Ü-Schein	EBM
Vorstationär	Notfallschein	GOÄ
Nachstationär	BG-Fall (Unfall)	DKG-NT
	Privatabrechnung	BG-T
Privatpat./Selbstzahler	Vereinbarte Einzelleistung	Gutachten
Ärztl. Wahlleistung	Außerhalb der Regelzeit	Forsch./Haush.
Fremdes Haus	Ambulantes Operieren	Forsch./Drittm.

Material (ggf. unterschiedliche Präparate getrennt auflisten)

Klinische Diagnose (Anamnese und Befunde bitte in Stichworten)

Rezidiv
 Dauer der Anamnese
 Bestrahlung ja nein
 Chemotherapie ja nein
 Embolisation ja nein

Fragestellung

Molekularpathologie

Gliome

- MGMT-Status (Methylierung)
- IDH1 (R132H) (IHC)
- IDH1 (Sequenzierung)
- IDH2 (Sequenzierung)
- 1p/19q-Verlust (CISH)
- BRAF-KIAA1549-Fusion (bei pilozytischen Astrozytomen)
- H3F3A-Mutationsanalyse (bei malignen kindlichen Gliomen)

Andere

- BRAF V600E (bei Melanomen)
- KRAS-Mutationsanalyse (bei Metastasen eines NSCLC)
- EGFR-Mutationsanalyse (bei Metastasen eines NSCLC)
- EML-ALK-Fusion (bei Metastasen eines NSCLC)
- ROS1-Translokation (bei Metastasen eines NSCLC)
- Her2Neu (IHC, CISH) (bei Metastasen eines Mammakarzinoms)
- Sonstiges: _____

Lokalisation

- | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> supratentoriell | <input type="checkbox"/> GH-Hemisph. | <input type="checkbox"/> Stammganglien | <input type="checkbox"/> Ventrikel | <input type="checkbox"/> Hirnbasis |
| <input type="checkbox"/> infratentoriell | <input type="checkbox"/> Kleinhirn | <input type="checkbox"/> Brücke | <input type="checkbox"/> Medulla oblongata | <input type="checkbox"/> KHBW |
| <input type="checkbox"/> Rückenmark | <input type="checkbox"/> intramedullär | <input type="checkbox"/> intradural | <input type="checkbox"/> extradural | <input type="checkbox"/> Höhe _____ |

Frühere histologische Befunde

Materialentnahmedatum

Unterschrift / Stempel des anfordernden Arztes