

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

<b>Einsender (Arzt-, Klinikstempel)</b>
Unterschrift des Arztes



Fangdieckstrasse 75a | 22547 Hamburg

T: 040/70 70 85-200 | F: -210

Postfach 540640  
22506 Hamburg

## Liquid Biopsy: Molekularpathologische EGFR-Diagnostik

### Kostenträger

- |                                   |  |   |                                      |   |
|-----------------------------------|--|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Privat   | <input type="checkbox"/> Wahlleistung  | <input type="checkbox"/> Krankenhaus / Praxis | <input type="checkbox"/> KV-Schein * | <input type="checkbox"/> sonstige Kostenträger: |
| <input type="checkbox"/> Normal   | <input type="checkbox"/> KVB I-III     | <input type="checkbox"/> §116b (ASV)          |                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Post B        | <input type="checkbox"/> §115b (AOP)          |                                      |   |
| <input type="checkbox"/> Basis    | <input type="checkbox"/> sonst. Tarif: |   |                                      |   |

\* bitte Überweisungsschein beifügen

### Voraussetzungen für eine Analytik

1. Histologisch oder zytologisch gesichertes Adenokarzinom der Lunge
2. Kein verfügbares Tumormaterial für eine molekulare Diagnostik

### Klinik / Fragestellung

- Primärdiagnose
- Resistenztestung auf T790M Mutation
- bekannte Mutationen:**

Zuletzt durchgeführte Therapie (z.B. welcher TK-Inhibitor oder ALK-Inhibitor):

### Untersuchungsmaterial

- 2 x 9 ml peripheres Blut in **Streck Röhrchen**
- Streck Röhrchen können bei Bedarf beim HpH bestellt werden.

Datum / Uhrzeit der Entnahme:

**Bitte Streck Röhrchen mit Patientendaten beschriften.**

### Versandinformation

Direkt nach der Blutabnahme in die Röhrchen diese bitte 10 x invertieren.

Bitte senden Sie die Röhrchen an eine der folgenden Adressen:

#### Versandadresse 1:

Institut für Hämatopathologie Hamburg  
Fangdieckstraße 75a  
22547 Hamburg

#### Versandadresse 2:

Institut für Hämatopathologie Hamburg  
Postfach 540640  
22506 Hamburg