

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

<b>Zutreffendes unbedingt ankreuzen</b>			M	F	R
KVB I-II	Post B	BG			
ambulant	stationär	ärztliche Wahlleistung			
Datum/Stempel und Unterschrift des einweisenden Arztes					

# Antrag für Zusatzuntersuchungen

## Institut für Pathologie MVZ Klinikum Kulmbach

Albert-Schweitzer-Str. 10  
95326 Kulmbach  
Telefon: 09221 98-2801 Sekretariat  
09221 98-2806/2807/2808 Befundabfrage  
Telefax: 09221 98-2809  
pathologie@klinikum-kulmbach.de

**Prof. Dr. med. univ.  
Andreas Gschwendtner**  
Facharzt für Pathologie, Leitender Arzt

**Dr. med. univ. Roland Schatz**  
Facharzt für Pathologie, Leitender Oberarzt

**Dr. med. Phroso Frangou**  
Fachärztin für Pathologie, Oberärztin

<b>Histologische/zytologische Voruntersuchung</b>	<b>Befund nachrichtlich an:</b>
Nr.:	
<b>Molekularpathologische Untersuchung</b> <u>Onkologische Untersuchungen:</u> <input type="checkbox"/> ALL-RAS <input type="checkbox"/> KRAS <input type="checkbox"/> NRAS <input type="checkbox"/> BRAF <input type="checkbox"/> EGFR <input type="checkbox"/> ALK <input type="checkbox"/> ROS1	<u>Erregerdiagnostik:</u> <input type="checkbox"/> MTB-Komplex (PCR) <input type="checkbox"/> MTB-Resistenz (Schnelltestung PCR) <input type="checkbox"/> high risk HPV (PCR) <input type="checkbox"/> CT/NG (PCR) <input type="checkbox"/> CMV (PCR) <input type="checkbox"/> EBV
	<u>inSitu-Hybridisierung</u> <input type="checkbox"/> HER2 <input type="checkbox"/> RET (extern) <u>Immunhistochemie:</u> <input type="checkbox"/> PD-L1 <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> HER2 <input type="checkbox"/> NTRK <u>MSI-Diagnostik:</u> <input type="checkbox"/> MSI
<b>geplante Chemotherapie mit:</b>	
<b>Kostenträger:</b> <input type="checkbox"/> Klinikum <input type="checkbox"/> Privat stationär <input type="checkbox"/> Überweisungsschein anbei <input type="checkbox"/> Privat ambulant	