

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

Zutreffendes unbedingt ankreuzen			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

Antje Kalbitz
Fachärztin für Pathologie, Oberärztin

Dr. med. Emily Neininger
Fachärztin für Pathologie, Oberärztin

Histologische/zytologische Voruntersuchung	Befund nachrichtlich an:
Nr.:	
Molekularpathologische Untersuchung	
<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"/> Genfusion (NTRK, ALK, ROS, MET, RET)	<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 <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
geplante Chemotherapie mit:	
Kostenträger:	
<input type="checkbox"/> Klinikum <input type="checkbox"/> Privat stationär	<input type="checkbox"/> Überweisungsschein anbei <input type="checkbox"/> Privat ambulant