

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Priv. Doz. Dr. med. S. EIDT**  
**Dr. med. R. HAKE**  
 Ärzte für Pathologie - Gemeinschaftspraxis  
**Dipl.-Biol. Dr. R. M. WIRTZ**  
 Leiter der Abt. für Molekularpathologie

Institut für Pathologie am  
 St. Elisabeth-Krankenhaus Hohenlind  
 Werthmannstr. 1

**50935 Köln**

Telefon (02 21) 46 77 - 19 04 / - 19 07  
 Telefax (02 21) 46 77 - 19 08

## Antrag auf molekularpathologische Untersuchung

SelbstzahlerIn

KassenpatientIn stationär

KassenpatientIn ambulant (Ü-Schein liegt bei)

PrivatpatientIn  stationär  ambulant  
 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Versicherungsträgerin: \_\_\_\_\_

AuftraggeberIn  
 (ggf. Arztstempel), Tel. \_\_\_\_\_

Fragestellung bzw. PatientInnenwunsch: \_\_\_\_\_

Eingesandtes Material:  2 Leerschnitte (5-10 µM) in 1,5 mL Hütchen!  
 + 2 Leerschnitte OT externe Nr.: \_\_\_\_\_

Block (bei Folgeauftrag Nr. des Erstergebnisses)

**Pathologisch-anatomische Vorbefunde:**

**Externe Prognosefaktoren:**

Tumorgröße: \_\_\_\_\_

Grading: \_\_\_\_\_

Histologischer Typ:  duktal  
 lobulär  
 tubulär  
 andere

|           |     |                                      |
|-----------|-----|--------------------------------------|
| ER:       | IRS |                                      |
| PR:       |     |                                      |
| Ki67:     |     | [%]                                  |
| Her2/neu: |     | [FISH/CISH] <input type="checkbox"/> |

DCIS-Komponente:  ja  nein

Lymphknotenstatus:  tumorfrei  LK-Metastasen: pN   keine LK

Schilddrüsenerkrankungen:  Hashimoto  Überfunktion  Unterfunktion

interner Befund

Tumorheterogenität:  ja  nein  IS-Komponente

Entzündung:  ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift des Auftraggebers