

Anforderung Konsil- / Zusatzuntersuchung

Name: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____

E / M / Z-Nr. (falls bekannt): _____

Untersuchungsmaterial: _____

- Krankenhaus
- Privatpatient
- Krankenkasse

Wir bitten um folgende Untersuchung(en):

Übersendung des Materials zur konsiliarischen Mitbegutachtung /
Zweitbegutachtung

Durchführung weiterer Untersuchungen

KRAS

BRAF

ROS1

Östrogen

FISH-Test

Sonstiges: _____

NRAS

MSI

PD-L1

Progesteron

EGFR

ALK

HER2/neu

Ki-67

Besondere Fragestellungen, klinische Angaben: _____

Stempel der Praxis / des Krankenhauses

Unterschrift des Arztes

Name in Druckbuchstaben

Kontakt für Rückfragen

Bitte ausgefüllt faxen an: **0208 8813155**