

## 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**