



Anforderung molekulare Diagnostik LUNGENKARZINOM

per Fax an: 030 8102 41455

Bei Fragen zur Anforderung wenden sie sich bitte an: Tel.: 030 8102 63590

Hinweis: Bitte nur das aktuelle Anforderungsformular (siehe www.nngm.de) verwenden und alle Felder deutlich ausfüllen

Gewebediagnostik

Blutdiagnostik (Liquid Biopsy) - Untersuchung der EGFR-Primärmutation oder T790M-Mutation
Bitte das Diagnostikset über die 030 8102 63590 anfordern und nur diese Röhrchen verwenden!

Ich bin ein Netzwerkpartner im nNGM* Netzwerkpartnernummer _____

Ich bin (noch) kein Netzwerkpartner im nNGM**

Bei Interesse am Netzwerkbeitritt nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf, unter Tel.: 030 8102 63580

Patientenetikett (bitte hier aufkleben)

Name, Vorname

geboren am

Straße

PLZ/Wohnort

Versichertennummer

Krankenkasse → **Bitte konkrete Angabe**

GKV: _____

PKV: _____



Basistarif Standardtarif Vollversichert Beihilfe

Bitte bei PKV IMMER angeben

Geschlecht: m w

Gewicht: _____

Körpergröße: _____

stationär ambulant

(zum Zeitpunkt dieser Anforderung)

Raucherstatus:

Raucher, pack years: _____

Ex-Raucher, stopp seit: _____ Jahren
pack years: _____

Nieraucher

Nur bei Blutdiagnostik anzugeben: Bei der Patientin / dem Patienten ist aufgrund

des Fehlens einer Tumormanifestation, die einer Biopsie zugänglich wäre

des reduzierten Allgemeinzustands

des unzumutbaren Risikos einer Biopsie bzw. zu erwartender Komplikationen

der Ablehnung seitens der Patientin / des Patienten

keine Tumorbiopsie möglich.

*Einschlusskriterien Besondere Versorgung: Krankenhaus / Facharzt ist ein Netzwerkpartner im nNGM und hat die Beitrittsvereinbarung unterzeichnet. Diagnose: nicht kurativ behandelbares, nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom (Erstdiagnose oder therapierelevantes Rezidiv). Umsetzung der Therapieziele innerhalb der med. absehbaren Überlebenszeit.

**Kosten für molekularpathologische Diagnostik werden dem Anforderer in Rechnung gestellt.



Name, Vorname des Patienten: _____

ECOG Performance Status

- ECOG 0 (normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung)
- ECOG 1 (Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich)
- ECOG 2 (gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen)
- ECOG 3 (nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden)
- ECOG 4 (völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden)

Histologie → **Bitte unbedingt pathologischen Befund beifügen**

- Adenokarzinom Adenosquamöses Karzinom Plattenepithelkarzinom
- Großzellig-neuroendokrines Karzinom Maligne Neoplasie
- andere: _____

Info: Kleinzellige Bronchialkarzinome sind kein Bestandteil der Besonderen Versorgung.

Angaben zum Tumorstadium:

1. Erstdiagnose (ED) am: _____ ED histopathologisch gesichert: ja nein

TNM-Status bei ED T: _____ N: _____ M: _____ UICC bei ED: _____

2. Aktuelles Tumorstadium (sofern abweichend von der ED) seit: _____ (Datum)

TNM-Status aktuell T: _____ N: _____ M: _____ UICC aktuell: _____

Kurativ-operabel: ja nein

Rezidiv/ therapierelevanter Progress: ja nein Falls ja, seit wann? _____ (Datum)

Therapie: → **Bitte den aktuellen Arztbrief beifügen**

Nur bei Gewebediagnostik anzugeben:

Welches Tumormaterial soll untersucht werden? _____
(z.B. Datum der Entnahme, Eingangsnummer usw.)

Materialentnahme erfolgte: stationär ambulant

Tumormaterial bei: (Name des Pathologen, Praxis, Klinik, Ort) _____

Anforderung

- Molekularpathologische Erstdiagnostik /**

Komplette nNGM-Untersuchung, sofern ausreichend Tumormaterial vorhanden ist, umfasst alle therapeutisch relevanten Marker sowie Marker aus aktuellen klinischen Studien.

Bei Fragen zur Diagnostik wenden Sie sich bitte an das nNGM-Zentrum Berlin Helios Heckeshorn unter der Rufnummer 030 8102 63590



Name, Vorname des Patienten: _____

Resistenztestung

Voraussetzung für die Resistenztestung: 1. EGFR-Mutation oder ALK/ROS1-Translokation liegt vor.
2. Progress unter Therapie mit EGFR- oder ALK/ROS1-TKI. 3. Vorliegen einer Re-Biopsie oder Liquid Biopsy.

Welche EGFR Primärmutation: Exon _____ c. _____ p. _____
(diese Angabe ist für die Diagnostik zwingend erforderlich)

Patient mit Progress unter EGFR-TKI-Therapie

Welche EGFR-TKI wurden bisher eingesetzt? Bitte unbedingt ausfüllen.

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Patient mit Progress unter ALK-TKI-Therapie → nur bei Gewebe anfordern

Welche ALK-TKI wurden bisher eingesetzt? Bitte unbedingt ausfüllen.

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Patient mit Progress unter ROS1-TKI-Therapie → nur bei Gewebe anfordern

Welche ROS1-TKI wurden bisher eingesetzt? Bitte unbedingt ausfüllen.

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Tumorboard

Unabhängig vom Untersuchungsergebnis besteht selbstverständlich für jeden Ihrer Patienten die Möglichkeit, sie im nNGM-Tumorboard vorzustellen.

Ich wünsche eine Vorstellung des Falls im Tumorboard des nNGM am nNGM-Zentrum _____

Ich möchte am Tumorboard persönlich oder per Telefonkonferenz teilnehmen.
Sie erhalten eine Einladung. Bitte geben Sie uns hierzu Ihre **E-Mail-Adresse** an: _____

Kontaktdaten des nNGM-Zentrums:

Lungenkrebszentrum Heckeshorn
Institut für Gewebediagnostik
MVZ / Helios Klinikum EvB Berlin
Walterhöferstr.11
14165 Berlin
Tel.: 030 8102 63590

Kontaktdaten des Anforderers / Einsenders: