

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt an:  
[Nachforderungen-Pathologie@med.uni-tuebingen.de](mailto:Nachforderungen-Pathologie@med.uni-tuebingen.de)

Abteilung für Allgemeine und Molekulare Pathologie und  
Pathologische Anatomie  
Ärztlicher Direktor:  
Prof. Dr. med. Falko Fend  
Liebermeisterstr. 8, 72076 Tübingen

| Anforderungsformular zur molekularpathologischen Untersuchung                                             |                                                                                                                                      |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Patientendaten: Datum:                                                                                    | Einsender (Praxis/Klinik/Arzt):                                                                                                      | Eingangsnummer Tübingen<br>Barcode |
| Name:                                                                                                     |                                                                                                                                      |                                    |
| Vorname:                                                                                                  |                                                                                                                                      |                                    |
| Geb.-Dat.:                                                                                                |                                                                                                                                      |                                    |
| Blocknr:                                                                                                  |                                                                                                                                      |                                    |
| Für UKT Anforderungen: Ja: <input type="checkbox"/> V07 oder <input type="checkbox"/> V09 „Broad Consent“ |                                                                                                                                      |                                    |
| Einwilligung liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                         |                                                                                                                                      |                                    |
| Diagnose:                                                                                                 | Rechnungsadresse: Adresse angeben: <input type="checkbox"/> Privat-Pat. <input type="checkbox"/> anfordernde Klinik                  |                                    |
| Sonst. Befundempfänger oder Bemerkungen:                                                                  | <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender<br><input type="checkbox"/> KV-Patient<br><input type="checkbox"/> Ü-Schein liegt bei |                                    |

## Genetische Veränderungen solider Tumoren

| Kolonkarzinom                                                         |  |                         |
|-----------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|
| RAS Mutation<br>(v.a. Kolorekt. CA; KRAS und NRAS Exon 2, 3, 4) (NGS) |  |                         |
| PIK3CA Mut. (NGS)                                                     |  |                         |
| BRAF (Kodon 600) (NGS)                                                |  |                         |
| NSCLC (Partner des nNGM)                                              |  |                         |
| EGFR Mutation (Exon 18, 19, 20, 21) (NGS)                             |  |                         |
| EGFR Amplifikation (FISH)                                             |  |                         |
| EML4-ALK (NGS)                                                        |  |                         |
| BRAF Exon 11 und 15 (NGS)                                             |  |                         |
| ROS1-Translokation (NGS)                                              |  |                         |
| MET Amplifikation (FISH)                                              |  | MET Ex14 Skipping (NGS) |
| RET Rearrangements (NGS)                                              |  |                         |
| NTRK Fusionen (NGS)                                                   |  |                         |
| EGFR Resistenztestung (NGS)                                           |  |                         |
| Gewebe Biopsie                                                        |  | Liquid-Biopsy           |
| -> !Bitte bekannte Primärmutation / Fusion angeben!                   |  |                         |
| Exon:                                                                 |  | Position:               |
| Melanom                                                               |  |                         |
| BRAF, NRAS, KIT Mutation (NGS)                                        |  |                         |
| BRAF Mutation nur Kodon 600 (Fast Track Analyse Idylla)               |  |                         |
| BRAF, NRAS Mutation Hotspots (Fast Track Analyse Idylla)              |  |                         |
| Cholangiozelluläres Karzinom                                          |  |                         |
| FGFR2 Fusion (NGS)                                                    |  |                         |
| IDH1 Mutation (NGS)                                                   |  |                         |
| BRAF Mutation (NGS)                                                   |  |                         |
| GIST                                                                  |  |                         |
| KIT (Exon 9, 11, 13, 14, 17, 18) PDGFRA (Exon 12, 18)(NGS)            |  |                         |
| KIT Mutation nur Exon 9 + 11 (GIST Primärmutation) (NGS)              |  |                         |
| KIT (Exon 13, 14, 17, 18) und PDGFRA (Exon 12, 18) (NGS)              |  |                         |

| Urothelkarzinom                                                                                                                                     |  |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|
| FGFR1, FGFR2, FGFR3 Mutationen und Fusionen (NGS)                                                                                                   |  |                   |
| Ovarial- und Endometriumkarzinom                                                                                                                    |  |                   |
| BRCA1/BRCA2 Mutation (NGS)                                                                                                                          |  |                   |
| POLE Mutation (Hotspots Ex 9 bis 14) (NGS)                                                                                                          |  |                   |
| CTNNB1 (Hotspot Exon 3) (NGS)                                                                                                                       |  |                   |
| HRD Testung (OCAplus GIM Score)                                                                                                                     |  |                   |
| Mammakarzinom                                                                                                                                       |  |                   |
| HER2 IHC                                                                                                                                            |  |                   |
| HER2 Amplifikation (FISH)                                                                                                                           |  |                   |
| Prosigna Gensignaturtest                                                                                                                            |  |                   |
| Oncomine Tumor Specific Custom MammaCA Panel (NGS) (ESR1, PIK3CA, PTEN, AKT, BRCA1/2 u.a.)                                                          |  |                   |
| Oncomine™ Breast cfDNA Research Assay v2 Liquid Biopsy (ESR1, PIK3CA u.a.)                                                                          |  |                   |
| Sonstige solide Tumore                                                                                                                              |  |                   |
| FOXJ2 Mutation (Granulosazelltumor, Kodon 134) (NGS)                                                                                                |  |                   |
| TP53 Mutation (verschiedene Tumore) (NGS)                                                                                                           |  |                   |
| TP53 Deletion (verschiedene Tumore; FISH)                                                                                                           |  |                   |
| GNAS Mutation (fibröse Dysplasie, Kodon 201) (NGS)                                                                                                  |  |                   |
| UroVysion (Harnblasen-CA, Mesothelium; FISH)                                                                                                        |  |                   |
| NTRK 1-3 Fusion (NGS)                                                                                                                               |  |                   |
| BRCA1/2 Mutation (NGS)                                                                                                                              |  |                   |
| HNPCC Screening/MSI-Analyse                                                                                                                         |  |                   |
| MMR-Protein IHC                                                                                                                                     |  |                   |
| Mikrosatellitenanalyse                                                                                                                              |  | für Immuntherapie |
| MLH1-Promoter-Methylierung                                                                                                                          |  |                   |
| Kolorektales CA: Stufendiagnostik MMR IHC + MSI -> BRAF -> MLH1 Methylierung<br>Endometrium-CA: Stufendiagnostik MMR IHC + MSI -> MLH1-Methylierung |  |                   |

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt an:  
[Nachforderungen-Pathologie@med.uni-tuebingen.de](mailto:Nachforderungen-Pathologie@med.uni-tuebingen.de)

Abteilung für Allgemeine und Molekulare Pathologie und  
Pathologische Anatomie  
Ärztlicher Direktor:  
Prof. Dr. med. Falko Fend  
Liebermeisterstr. 8, 72076 Tübingen

| Anforderungsformular zur molekularpathologischen Untersuchung                                                |                                                                                                                                      |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Patientendaten: Datum:                                                                                       | Einsender (Praxis/Klinik/Arzt):                                                                                                      | Eingangsnummer Tübingen<br>Barcode |
| Name:                                                                                                        |                                                                                                                                      |                                    |
| Vorname:                                                                                                     |                                                                                                                                      |                                    |
| Geb.-Dat.:                                                                                                   |                                                                                                                                      |                                    |
| Blocknr:                                                                                                     |                                                                                                                                      |                                    |
| Für UKT Anforderungen: Ja: <input type="checkbox"/> V07 oder <input type="checkbox"/> V09<br>„Broad Consent“ |                                                                                                                                      |                                    |
| Einwilligung liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                            |                                                                                                                                      |                                    |
| Diagnose:                                                                                                    | Rechnungsadresse: Adresse angeben: <input type="checkbox"/> Privat-Pat. <input type="checkbox"/> anfordernde Klinik                  |                                    |
| Sonst. Befundempfänger oder Bemerkungen:                                                                     | <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender<br><input type="checkbox"/> KV-Patient<br><input type="checkbox"/> Ü-Schein liegt bei |                                    |

## Panelanalysen Next Generation Sequencing

| Panel Entitäts-spezifisch/Tumorgruppen |                                                                                                                                                                                                                                         |      |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|                                        | <b>Ion AmpliSeq Colon and Lung Cancer Panel</b><br>Hotspots: <i>AKT1, ALK, BRAF, CTNNB1, DDR2, EGFR, ERBB2, ERBB4, FBX7, FGFR1, FGFR2, FGFR3, KRAS, MAP2K1, MET, NOTCH1, NRAS, PIK3CA, PTEN, SMAD4, STK11, TP53</i>                     |      |
|                                        | <b>Ion AmpliSeq Custom Panel Melanome u. GIST</b><br>Hotspots: <i>BRAF, CTNNB1, GNA11, GNAQ, KIT, KRAS, MAP2K1, NRAS, PDGFRA</i>                                                                                                        |      |
|                                        | <b>Ion AmpliSeq Custom Panel Leberadenome</b><br>Hotspots: <i>CTNNB1, FRK, GNAS, IL6ST, JAK1, TERT Promoter</i> ;<br>komplette kod. Seq.: <i>ALK, DDX21, HNF1A, KIAA1109, KPNA4, SLCOB3, STAT3</i>                                      |      |
|                                        | <b>nNGM Panel v3.0</b><br>Hotspots: <i>ALK, BRAF, CTNNB1, EGFR, ERBB2, HRAS, IDH1, IDH2, FGFR1, FGFR2, FGFR3, FGFR4, KEAP1, KRAS, MAP2K1, MET, NRAS, NTRK1, NTRK2, NTRK3, PIK3CA, PTEN, RET, ROS1, STK11, TP53, KEAP1, NFE2L2, CUL3</i> |      |
| Panel Fusionsgene                      |                                                                                                                                                                                                                                         |      |
|                                        | <b>Oncomine Solid Tumor Fusion Transcript Kit</b><br>>60 Fusionen der Gene <i>ALK, RET, ROS1, NTRK</i>                                                                                                                                  |      |
|                                        | <b>Archer FusionPlex Assay Lung V2*</b><br>Fusionen mit 16 spezifischen Fusionspartnern NSCLC                                                                                                                                           |      |
|                                        | <b>Archer FusionPlex Custom Brain *</b><br>Fusionen mit 15 spezifischen Fusionspartnern                                                                                                                                                 |      |
|                                        | <b>Archer FusionPlex Sarkoma V1*</b><br>Fusionen mit 26 spezifischen Fusionspartnern Sarkome                                                                                                                                            |      |
|                                        | <b>Archer FusionPlex Sarkoma V2*</b><br>Fusionen mit 61 spezifischen Fusionspartnern Sarkome                                                                                                                                            |      |
|                                        | <b>Archer FusionPlex Core Solid Tumor Panel*</b><br>Fusionen mit 57 spezifischen Fusionspartnern                                                                                                                                        |      |
|                                        | <b>Archer FusionPlex Pan Solid Tumor V2*</b><br>Fusionen mit 130 spezifischen Fusionspartnern solider Tumore                                                                                                                            |      |
|                                        | Für ZPM: Anforderung für DNA/RNA-Isolation durch IMGAG folgt:                                                                                                                                                                           |      |
|                                        | Ja                                                                                                                                                                                                                                      | Nein |

| Pan-Tumor-Panel |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | <b>Ion AmpliSeq TP53 Panel</b> (CDS des <i>TP53</i> -Gens)                                                                                                                                                           |
|                 | <b>Ion AmpliSeq Cancer Hotspot Panel*</b><br>Hotspots in 50 Tumor-relevanten Genen (Onkogene und Tumorsuppressorgene)                                                                                                |
|                 | <b>Oncomine Focus Assay*</b><br>52 Gene zur zielgerichteten Therapie mit zugelassenen Substanzen und aus >700 klinischen Studien: Hotspotmutationen, Kopienzahlveränderungen, Genfusionen                            |
|                 | <b>Oncomine Comprehensive Assay v3*</b><br>Mutationen, Kopienzahlveränderungen und Genfusionen in 161 Genen                                                                                                          |
|                 | <b>Oncomine Comprehensive Assay Plus*</b><br>Mutationen, Kopienzahlveränderungen in ca. 500 Genen; Bestimmung des HRD-Status (Homologe Reparatur Defizienz), der Tumor-Mutationslast (TMB) und Mikrosatellitenstatus |
|                 | <b>Oncomine Tumor Mutation Load Assay*</b><br>Bestimmung der Tumor-Mutationslast (TMB)                                                                                                                               |
|                 | <b>Oncomine Childhood Cancer Research Assay*</b><br>Mutationen, Kopienzahlveränderungen und Genfusionen in 203 spezifischen Genen                                                                                    |
| Sarkome         |                                                                                                                                                                                                                      |
|                 | <b>FUS Transl.</b> (Low grade fibromyxoid. Sarkom) (FISH, RT-PCR)                                                                                                                                                    |
|                 | <b>FOXO1 (FKHR) Transl.</b> (Alveol. Rhabdomyosarkom) (FISH, NGS)                                                                                                                                                    |
|                 | <b>SYT/SSX1/2/4 Transl.</b> (Synoviales Sarkom) (FISH, RT-PCR)                                                                                                                                                       |
|                 | <b>MDM2 Amplif.</b> (Atyp. lipomat. Tumor/dediff. Liposarkom) (FISH)                                                                                                                                                 |
|                 | <b>DDIT3 (CHOP) Transl.</b> (Myxoides Liposarkom) (FISH)                                                                                                                                                             |
|                 | <b>EWS/FLI1/ERG Transl.</b> (Ewing-Sarkom-Fam.)(FISH, RT-PCR, NGS)                                                                                                                                                   |
|                 | <b>EWS/ATF1 Transl.</b> (Klarzell-Sarkom) (FISH, RT-PCR, NGS)                                                                                                                                                        |
|                 | <b>EWS Transl.</b> (Myxoides Liposarkom) (FISH, NGS) (selten DDIT3-EWS)                                                                                                                                              |
|                 | <b>YWHAЕ-FAM22 Transl.</b> (High grade endometr. Stromasarkom) (FISH)                                                                                                                                                |
|                 | <b>JAZF1/SUZ12 Transl.</b> (Low grade endometriales Stromasarkom) (FISH, NGS)                                                                                                                                        |

Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt an:  
[Nachforderungen-Pathologie@med.uni-tuebingen.de](mailto:Nachforderungen-Pathologie@med.uni-tuebingen.de)

Abteilung für Allgemeine und Molekulare Pathologie und  
Pathologische Anatomie  
Ärztlicher Direktor:  
Prof. Dr. med. Falko Fend  
Liebermeisterstr. 8, 72076 Tübingen

| Anforderungsformular zur molekularpathologischen Untersuchung                                                |                                                                                                                                      |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Patientendaten: Datum:                                                                                       | Einsender (Praxis/Klinik/Arzt):                                                                                                      | Eingangsnummer Tübingen<br>Barcode |
| Name:                                                                                                        |                                                                                                                                      |                                    |
| Vorname:                                                                                                     |                                                                                                                                      |                                    |
| Geb.-Dat.:                                                                                                   |                                                                                                                                      |                                    |
| Blocknr:                                                                                                     |                                                                                                                                      |                                    |
| Für UKT Anforderungen: Ja: <input type="checkbox"/> V07 oder <input type="checkbox"/> V09<br>„Broad Consent“ | Rechnungsadresse: Adresse angeben: <input type="checkbox"/> Privat-Pat. <input type="checkbox"/> anfordernde Klinik                  |                                    |
| Einwilligung liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                            |                                                                                                                                      |                                    |
| Diagnose:                                                                                                    |                                                                                                                                      |                                    |
| Sonst. Befundempfänger oder Bemerkungen:                                                                     | <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender<br><input type="checkbox"/> KV-Patient<br><input type="checkbox"/> Ü-Schein liegt bei |                                    |

| Panel Liquid Biopsy NGS        |                                                                                                                                                                |          |  |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|
|                                | <b>Oncomine Lung cfDNA Assay Liquid Biopsy</b><br>Hotspots: <i>ALK, BRAF, EGFR, ERBB2, KRAS, NRAS, MAP2K1, MET, PIK3CA, ROS1 TP53</i>                          |          |  |
|                                | <b>Oncomine Colon cfDNA Assay Liquid Biopsy</b><br>Hotspots: <i>AKT1, APC, BRAF, CTNNB1, EGFR, ERBB2, FBXW7, GNAS, KRAS, MAP2K1, NRAS, PIK3CA, SMAD4d TP53</i> |          |  |
|                                | <b>Oncomine Pan-Cancer Cell-Free Assay</b><br>Mutationen und CNVs in 50 Genen                                                                                  |          |  |
|                                | <b>Oncomine™ Breast cfDNA Research Assay v2</b><br>Liquid Biopsy ( <i>ESR1, PIK3CA u.a.</i> )                                                                  |          |  |
|                                | <b>cfHD-Hotspot Panel:</b><br>gezielte Verlaufskontrolle bei bekannter Primärmutation.<br>Hotspots: <i>BRAF, EGFR, KRAS, PIK3CA, NRAS</i> .                    |          |  |
|                                | -> !Bitte bekannte Primärmutation angeben!                                                                                                                     |          |  |
|                                | Gen:                                                                                                                                                           | Position |  |
|                                | <b>Hedera Profiling 3 ctDNA Liquid Biopsy (Solid Tumor)</b><br>Mutationen, Kopienzahlveränderungen, Fusionen, MSI                                              |          |  |
|                                | -> !Entnahmedatum:                                                                                                                                             |          |  |
| Liquid Biopsy cfDNA Monitoring |                                                                                                                                                                |          |  |
|                                | <i>BRAF</i>                                                                                                                                                    |          |  |
|                                | <i>NRAS</i>                                                                                                                                                    |          |  |
|                                | <i>KRAS</i>                                                                                                                                                    |          |  |
|                                | -> !Bitte bekannte Primärmutation angeben!                                                                                                                     |          |  |
|                                |                                                                                                                                                                |          |  |
|                                | Sonstige Gene:                                                                                                                                                 |          |  |
|                                |                                                                                                                                                                |          |  |
|                                | -> !Entnahmedatum:                                                                                                                                             |          |  |

| Prädiktive Immunhistochemie |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
|                             | <b>CLDN18.2</b> (IHC)    |
|                             | <b>FOLR1</b> (IHC)       |
|                             | <b>HER2</b> (IHC; FISH)  |
|                             | <b>TROP2</b> (IHC)       |
|                             | <b>NECTIN-4</b> (IHC)    |
|                             | <b>PD-L1</b> (IHC)       |
|                             | <b>PD-L1 – TPS</b> (IHC) |
|                             | <b>PD-L1 – CPS</b> (IHC) |
|                             | <b>PD-L1 – ICS</b> (IHC) |
|                             | <b>PD1</b> (IHC)         |

**Bitte senden Sie das Formular ausgefüllt an:**  
[Nachforderungen-Pathologie@med.uni-tuebingen.de](mailto:Nachforderungen-Pathologie@med.uni-tuebingen.de)

Abteilung für Allgemeine und Molekulare Pathologie und  
Pathologische Anatomie  
Ärztlicher Direktor:  
Prof. Dr. med. Falko Fend  
Liebermeisterstr. 8, 72076 Tübingen

| Anforderungsformular zur molekularpathologischen Untersuchung                                                |                                                                                                                                      |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Patientendaten: Datum:                                                                                       | Einsender (Praxis/Klinik/Arzt):                                                                                                      | Eingangsnummer Tübingen<br>Barcode |
| Name:                                                                                                        |                                                                                                                                      |                                    |
| Vorname:                                                                                                     |                                                                                                                                      |                                    |
| Geb.-Dat.:                                                                                                   |                                                                                                                                      |                                    |
| Blocknr:                                                                                                     |                                                                                                                                      |                                    |
| Für UKT Anforderungen: Ja: <input type="checkbox"/> V07 oder <input type="checkbox"/> V09<br>„Broad Consent“ | Rechnungsadresse: Adresse angeben: <input type="checkbox"/> Privat-Pat. <input type="checkbox"/> anfordernde Klinik                  |                                    |
| Einwilligung liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                            |                                                                                                                                      |                                    |
| Diagnose:                                                                                                    |                                                                                                                                      |                                    |
| Sonst. Befundempfänger oder Bemerkungen:                                                                     | <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender<br><input type="checkbox"/> KV-Patient<br><input type="checkbox"/> Ü-Schein liegt bei |                                    |

Unsicher, welches Panel am Besten geeignet ist ?

Listen Sie hier alle Gene auf, die Sie gerne untersucht haben möchten und wir suchen das geeignete Panel aus:

Genabdeckung der Panels in Anhang A aufgelistet.

(Mutation (M) und / oder Fusion (F))

Für mögliche Rückfragen:

Tel.:

E-Mail: