



**UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM FREIBURG**



**LIQUID BIOPSY LABOR**  
Klinik für Innere Medizin I  
Universitätsklinikum **Freiburg**

Department Innere Medizin  
Klinik für Innere Medizin I  
Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation  
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Justus Duyster

## Anforderung zur molekulargenetischen Diagnostik Liquid Biopsy Labor

### \*Pflichtangaben

Patientenname*	Patienten-Aufkleber
Geburtsdatum*:	
PIZ (optional):	
Gewünschter Mutationsnachweis* <input type="checkbox"/> EGFR T790M <input type="checkbox"/> BRAF V600E <input type="checkbox"/> KRAS G12D/V/S/R/C/A <input type="checkbox"/> KRAS G13D	

### Klinische Angaben\*:

Diagnose inkl. Stadium und TNM\*: \_\_\_\_\_

Datum der Erstdiagnose\*: \_\_\_\_\_

Aktueller Stand der Erkrankung\*: \_\_\_\_\_

Therapie zum Zeitpunkt der Blutentnahme\*: \_\_\_\_\_

Vorangegangene Therapien: \_\_\_\_\_

Bereits bekannte Mutationen\*: \_\_\_\_\_

### Probenversand\*

Datum der Blutabnahme\*: \_\_\_\_\_ Röhrchen\*:  Streck     EDTA

### Behandelnder Arzt\*:

Datum, Name, Unterschrift und ggf. Stempel\*

Fax und/oder Email-Adresse zur Befundmitteilung\*

### Von Mitarbeitern des Liquid Biopsy Lab auszufüllen

Biobank-Nummer:				
Blutmenge insgesamt (ml):		Plasmavolumen (ml):		Durchführung Extraktion:
Kommentare (Hämolyse etc):				