

ANFRAGE ZUR PERSONALISIERTEN TUMORBEHANDLUNG

Ich bin an folgenden Untersuchungen interessiert und wäre darin ein- verstanden, mich an entsprechenden Kosten zu beteiligen.

- Kultivierung und Wachstum des Tumorgewebes
- Testung von N=_____ Substanzen
- Mutationsanalyse mit dem Illumina TruSeq Amplicon - Cancer Panel

Bitte schicken Sie mir dazu einen Kostenplan.

MÖGLICHE SUBSTANZEN, DIE GETESTET WERDEN SOLLEN

(bitte ankreuzen)

- | | | |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Avastin/Bevacizumab | <input type="checkbox"/> Epirubicin | <input type="checkbox"/> Irinotecan |
| <input type="checkbox"/> Capecitabine | <input type="checkbox"/> Erbitux/Cetuximab | <input type="checkbox"/> Melphalan |
| <input type="checkbox"/> Carboplatin | <input type="checkbox"/> Erlotinib | <input type="checkbox"/> Mitoxantron |
| <input type="checkbox"/> Cisplatin | <input type="checkbox"/> Etoposid | <input type="checkbox"/> Oxaliplatin |
| <input type="checkbox"/> Cyclophosphamid | <input type="checkbox"/> 5-Fluorouracil | <input type="checkbox"/> Paclitaxel |
| <input type="checkbox"/> Cytarabin | <input type="checkbox"/> Gefitinib/Iressa | <input type="checkbox"/> Temozolomid |
| <input type="checkbox"/> Dacarbazin | <input type="checkbox"/> Gemcitabin | <input type="checkbox"/> Vinblastin |
| <input type="checkbox"/> Daunorubicin | <input type="checkbox"/> Gleevec/Imatinib | <input type="checkbox"/> Vincristin |
| <input type="checkbox"/> Docetaxel | <input type="checkbox"/> Herceptin/Trastuzumab | <input type="checkbox"/> Vinorelbin |
| <input type="checkbox"/> Doxorubicin | <input type="checkbox"/> Ifosfamid | <input type="checkbox"/> Andere: |

.....

Einsendender Arzt: Klinik:

Telefon : E-mail: