



Hautklinik
Universitätsklinikum Essen
Klinik für Dermatologie, Labor
Hufelandstr. 55
45147 Essen

**Ansprechpartner PDL1 Färbung und
molekulare Diagnostik:**

Antje Sucker/ Prof Klaus Griewank / Prof. Hadaschik
Tel: 0201 723-83272
Fax: 0201 723-5171
E-Mail: MolPatho_Hautklinik@uk-essen.de

Anforderung bitte an: **FAX: 0201 723-5467**

Patient

(ggf. Aufkleber)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Anfordernde Abteilung:

(ggf. Aufkleber/Stempel)

Anfordernder/Einsender:

Telefonnr.:

Benötigte Angaben:

Histo Block Nummer:

Tumorart:

1. ☐ Stadium < IIIb ☐ Stadium ≥ IIIb ☐ unbekannt

2. ☐ Melanom ☐ MCC ☐ SCC

☐ unbekannt ☐ andere Tumorart: _____

Lokalisation:

1. ☐ Primarius ☐ Metastase ☐ unbekannt

2. ☐ Haut ☐ Lymphknoten ☐ Schleimhaut

☐ Organ ☐ andere

3. Genaue Lokalisation: _____

Wird vom Labor ausgefüllt:

Derma Probenname:

CentraXX-Pat.-ID:

Proben-ID:

F-Nr.:

Eingang:

___ Blöcke: _____

___ IMH

Gewünschte Analysen:

☐ PDL1 Färbung

☐ Genanalyse (38 Gen Panel auf dem Miseq)

☐ Nachweis von Translokationen

☐ zusätzliche Histologische Beurteilung mit Dignitätseinschätzung (betrifft Zweitmeinungen und Konsilfälle)

☐ Digitalisierung von Immunhistoschnitten

Für die Analysen wird folgendes Material benötigt:

- Paraffinblock
- Kopie Histo Befund
- Externe Immunhistoschnitte (für Digitalisierung und Konsil Fälle)

HAUT FO	Änderung	durch	Freigabe	durch	
ID: 24401	04.02.2026	Prof. Griewank	18.02.2026	Hadaschik, Eva	Rev: 017/02.2026



Patient:

(ggf. Aufkleber)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bei Ihrer Erkrankung können Veränderungen (Mutationen) verschiedener Abschnitte der Erbinformation (Gene), wie zum Beispiel des BRAF Gens, sowie Veränderungen bestimmter Eiweiße (Proteine), wie zum Beispiel des PD-L1, wichtig sein, um erfolgreiche Medikamente für die Behandlung dieser Erkrankung auszuwählen.



EINWILLIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG EINER GENETISCHEN UNTERSUCHUNG

(DNA-DIAGNOSTIK, GENDIAGNOSTIK)

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass aus dem mir entnommenen Tumormaterial die DNA isoliert und auf im Tumor entstandene genetische Veränderungen (Mutationen) untersucht wird. Der Nachweis verschiedener Mutationen kann entscheidend sein um im Bedarfsfall eine effektive zielgerichtete Therapie anbieten zu können.

Ich bin über die Aussagekraft und die möglichen Konsequenzen der Untersuchung vom Arzt aufgeklärt worden. Ich stimme zu, dass ein Teil des Materials für Kontrollzwecke 10 Jahre archiviert und anschließend vernichtet wird. Ich kann dieses Einverständnis jederzeit widerrufen.



EINWILLIGUNG PDL1 FÄRBUNG

(Immunhistochemische Färbung)

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von dem mir entnommenen Tumormaterial Gewebeschnitte hergestellt werden und diese auf PDL1 Expression mittels immunhistochemische Färbung untersucht werden. Der Nachweis der PDL1 Expression im Gewebe kann entscheidend sein um eine effektive zielgerichtete Therapie anbieten zu können.

Ich bin über die Aussagekraft und die möglichen Konsequenzen der Untersuchung vom Arzt aufgeklärt worden. Ich stimme zu, dass ein Teil des Materials für Kontrollzwecke 10 Jahre archiviert und anschließend vernichtet wird. Ich kann dieses Einverständnis jederzeit widerrufen.

Datum, Unterschrift - Patient / Vertreter

Name, Vorname in Druckbuchstaben (falls abweichend v. Pat.)

Datum, Unterschrift - Arzt

HAUT FO	Änderung	durch	Freigabe	durch	
ID: 24401	04.02.2026	Prof. Griewank	18.02.2026	Hadaschik, Eva	Rev: 017/02.2026