

Angaben zur privatversicherten Patientin

Universitätsklinikum Bonn
Institut für Pathologie
Abt. Molekularpathologie
Prof. Dr. med. Glen Kristiansen
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn

Mit der Übernahme der Kosten für den EndoPredict®-Test nach GoÄ (ca. 2.200 €) bin ich einverstanden.

Im Regelfall übernehmen die privaten Krankenkassen die Kosten der Testung. Bei Rückfragen zur Erstattung wenden Sie sich gern an das oben genannte pathologische Institut.

1. Rechnungsadresse der Patientin

Name

Straße Nr.

PLZ Ort

2. Datum/ Unterschrift der Patientin

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Testanforderungsformular EndoPredict®

Universitätsklinikum Bonn
 Institut für Pathologie
 Abt. Molekularpathologie
 Prof. Dr. med. Glen Kristiansen
 Sigmund-Freud-Str. 25
 53127 Bonn

Bei Fragen zum Ausfüllen des Formulars wenden Sie sich bitte unter Tel.: 089 414142420 an das EndoPredict Service-Team.

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung

Genexpressionsanalyse bei primärem ER+/HER2- Mammakarzinom zur Stratifizierung einer ambulanten Chemotherapie

Pathologische Parameter zur Festlegung des EPclin Scores (postoperativ)				
Tumorgröße:	T1a/b	T1c	T2	T3 (nur invasives Gebiet)
Lymphknotenstatus (Anzahl an positiven Lymphknoten):	0	1-3	4-10	>10
Anfordernder Arzt (z. B. Gynäkologe)				
FALLS NICHT AUS DEM STEMPEL ZU ENTNEHMEN:			Hiermit bestätige ich die medizinische Notwendigkeit des Tests und die Indikation eines Tumors der mittleren Risikogruppe mit den pathologische/histologischen Eigenschaften ER+/HER2-/0-3 pos. Lymphknoten/G1-3/pT1-3.	
Nachname:		Titel:		
Vorname:				
Institut:				
Straße, Hausnr.:				
PLZ, Ort:				
Tel. & FAX:				
E-Mail:				

Patientin	
Mein Arzt hat mich umfassend über den Nutzen und die Grenzen des EndoPredict® -Tests aufgeklärt. Ich wünsche die Durchführung des Tests und bin damit einverstanden, dass meine Tumor-Gewebeprobe zum Zweck der Untersuchung genutzt wird. Ich ermächtige meinen betreuenden Arzt, der im Besitz der entsprechenden Gewebeproben meines Tumors ist, die notwendige Menge Gewebe an das oben genannte pathologische Institut weiterzuleiten.	Datum, Unterschrift

Einsendender Pathologe		
Nachname:	Hiermit übersende ich die angeforderte Gewebeprobe und bitte um Übersendung der Befundkopie des Endopredict Tests	
Vorname:		
Titel:		
Institut:		
Straße, Hausnr.:		
PLZ, Ort:		
Tel. & FAX:		
E-Mail:		
Datum, Unterschrift, Stempel Pathologie		

Informationen zur Gewebeprobe	
Probenotyp:	FFPE Gewebepblock mit mindestens 30% Tumoranteil (fixiert mit 10% neutralgepuffertem Formalin).
Externe Blocknummer / Blockbeschriftung:	_____
Kommentar:	_____