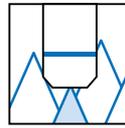


Gemeinschaftspraxis für Pathologie Traunstein

Dr. med. T. Henopp
Dr. med. I. Lichtmannegger
Dr. med. H. Bartsch

Cuno-Niggel-Str. 3 - 83278 Traunstein
Tel 0861 / 5250 - Fax 0861 / 2051
info@pathologie-traunstein.de



EndoPredict®

Breast Cancer Prognostic Test

Antrag auf Durchführung eines EndoPredict-Tests

Patient/Patientin (Etikett)

<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	
Name:	geb. am:
Vorname:	
Anschrift:	
<input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Privat Kasse: _____	

Pathologie Barcode

Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Stempel)

- Überweisungsschein (Muster 6) liegt bei
- ASV-Überweisungsschein liegt bei (ASV-Kriterien sind erfüllt)
- Patienten-Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur besonderen Versorgung (BV-Vertrag) liegt bei (Krankenkasse und primär betreuende/r Arzt/Ärztin nehmen aktuell am Vertrag teil)
- Privatrechnung (Einverständniserklärung PVS-Abrechnung liegt bei)
- Rechnung an Krankenhaus

Probenmaterial:

Präoperativ <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Biopsie (Der Molekulare 12-Gen Score wird zunächst tabellarisch berichtet)<input type="checkbox"/> Indikationskriterien wurden sonographisch abgesichert<input type="checkbox"/> pT und pN werden zur Ermittlung des EPclin Risk Scores nachgereicht Tumormaterial: <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird separat übersandt	Postoperativ <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Resektat <input type="checkbox"/> Biopsie Postoperative pathologische Parameter (notwendig zur Ermittlung des EPclin Risk Scores) Tumorgroße: <input type="checkbox"/> pT1a <input type="checkbox"/> pT1b <input type="checkbox"/> pT1c <input type="checkbox"/> pT2 <input type="checkbox"/> pT3 Lymphknotenstatus: <input type="checkbox"/> pNO <input type="checkbox"/> pN1mi (Mikrometastase) <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-10 <input type="checkbox"/> >10 <input type="checkbox"/> ist bereits in der durchführenden Pathologie (s. oben)
--	--

Anfordernde/r Ärztin/Arzt:

Hiermit bestätige ich die medizinische Notwendigkeit des Tests und die Indikation eines Tumors der mittleren Risikogruppe mit den pathologischen / histologischen Eigenschaften ER+ / HER2- / 0-3 pos. Lymphknoten / G1-3 / pT1-3. Die bisher vorliegenden klinischen und pathologischen Daten lassen keine Entscheidung zu, obbeidem/derPatienten/-ineineChemotherapie durchgeführt werden muss oder ob auf eine Chemotherapie verzichtet werden kann.

Name: _____

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Einverständnis der Patientin / des Patienten:

Meine Ärztin / 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 die Pathologie, die im Besitz der entsprechenden Gewebeprobe meines Tumors ist, die notwendige Menge an Gewebe an das oben genannte Pathologische Institut weiterzuleiten.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte leiten Sie dieses Formular an die Pathologie weiter, in der sich die Tumorprobe befindet.

Einsendende/r Pathologin/Pathologe (Stempel)

Hiermit übersende ich die angeforderte Gewebeprobe und bitte um Übersendung einer Befundkopie des EndoPredict Tests und um Rücksendung der Proben nach Abschluss der Untersuchung.

Datum:	Name:	Telefon:	Unterschrift:
--------	-------	----------	---------------