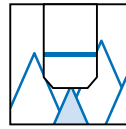


Gemeinschaftspraxis für Pathologie Traunstein

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



Prolaris®

Prostate Cancer Prognostic Test

Antrag auf Durchführung eines Prolaris-Tests

Patient (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)

Abrechnung:

<input type="checkbox"/> Privatrechnung (Einverständniserklärung PVS-Abrechnung liegt bei)
<input type="checkbox"/> Rechnung an Krankenhaus

Klinische Patienteninformationen:

Alter des Patienten in Jahren zum Zeitpunkt der Biopsie: _____	
PSA-Wert des Patienten zum Zeitpunkt der Biopsie: _____ ng/ml	
Klinisches T-Stadium (DRU basierend): <input type="checkbox"/> T1a <input type="checkbox"/> T1b <input type="checkbox"/> T1c <input type="checkbox"/> T2a <input type="checkbox"/> T2b <input type="checkbox"/> T2c <input type="checkbox"/> T3a	
Primärer Gleason-Grad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Sekundärer Gleason-Grad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Anzahl der entnommenen Gewebeproben: _____	Anzahl der positiven Gewebeproben*: _____
<small>*Eine bei der Ultraschalluntersuchung oder im MRT oder bei der digitalen rektalen Untersuchung (DRU) identifizierte Läsion, die mehrmals biopsiert wird und kanzeröse Veränderungen zeigt (unabhängig vom prozentualen Anteil positiver Gewebeproben oder deren Anzahl) wird als eine einzelne positive Probe (positive Gewebeprobe) gewertet</small>	

Probenmaterial:

FFPE-Tumorgewebe <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird separat übersandt <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 lokalisierten Prostatakarzinoms bis Stadium pT3a. Der PSA-Wert des Patienten ist nicht höher als 100 ng/ml. Der Patient hat vor der zu testenden Biopsie keine Beckenbestrahlung und/oder Androgendeprivation erhalten.	
Name: _____	
Datum: _____	Unterschrift: _____

Einverständnis des Patienten:

Meine Ärztin / Mein Arzt hat mich umfassend über den Nutzen und die Grenzen des Prolaris-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 Gewebeproben 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 Prolaris Tests und um Rücksendung der Proben nach Abschluss der Untersuchung.			
<div style="border: 1px dashed black; height: 60px;"></div>			
Datum: _____	Name: _____	Telefon: _____	Unterschrift: _____