Institut für Pathologie | Charité – Universitätsmedizin Berlin

Direktor: Prof. Dr. med. David Horst
Charitéplatz 1 (Virchowweg 15)
10117 Berlin

Email: molpatho-auftraege@charite.de
Fax: 030 450 536 900
Tel.: 030 450 536 035 | Befundauskunft: -062

Antrag auf Durchführung eines EndoPredict-Tests

Patient (Etikett) ☐ m ☐ w Name: geb. am: Vorname: Anschrift: ☐ Stationär ☐ Ambulant ☐ Privat Kasse:	Pathologie Barcode Behandelnder Arzt (Stempel)

☐ Überweisungsschein (Muster 6) liegt bei (nur pN0, nur Frauen)
☐ 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

Postoperative pathologische Parameter (pT und pN zur Feststellung des EPclin Risk Score zwingend erforderlich):

Tumorgröße: ☐ pT1a ☐ pT1b ☐ pT1c ☐ pT2 ☐ pT3 Tumor-Grading: ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3

Lymphknotenstatus (postoperativ): ☐ pN0 ☐ pN1mi (Mikrometastase) ☐ 1-3 ☐ 4-10 ☐ >10 Ki-67: _____ %

Probenmaterial: ☐ liegt bei ☐ wird separat übersandt ☐ ist bereits in der Pathologie der Charité

Anfordernder 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, ob bei der Patientin eine Chemotherapie durchgeführt werden muss oder ob auf eine Chemotherapie verzichtet werden kann. _____ Name _____ _____ Datum Unterschrift	Einverständnis der 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 den Pathologen, der 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.

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

Einsendender Pathologe (Stempel)

_____ _____ _____ _____
Datum Name Telefon Unterschrift

EndoPredict-Boxen für den Probenversand können Sie unter info@myriadgenetics.de oder telefonisch unter (089) 414142420 bestellen.