

Anforderung EndoPredict für PKV-Patientinnen

Alle notwendigen Unterlagen finden Sie unter den Dokumenten mit der grünen Banderole.
Die Dokumente mit der roten Banderole bitte verwerfen

Anfordernder Arzt (Gynäkologe)

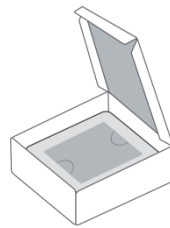
Angaben zur privatversicherten Patientin



Testanforderungsformular



Weiterleitung der Box an den Haus-Pathologen

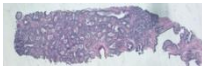


Bitte legen Sie ALLE Unterlagen in die Box!



Anfordernder Pathologe

Probenauswahl



FFPE Tumorblock*
>30% Tumoranteil

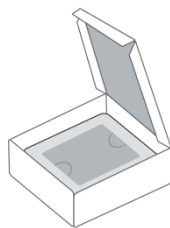


Testanforderungsformular

Kontaktdaten eintragen & Untersreiben

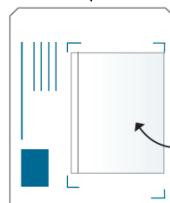


Bitte legen Sie ALLE Unterlagen in die Box!



Box in die unter dem Inlay der Box liegende Versandtasche legen. Das Porto ist bereits bezahlt.

Nachbestellung der Boxen unter
ep-order@myriadgenetics.de
Bestellnummer : EP_0001_GKV_PKV



DHL zur Vereinbarung eines Abholtermins anrufen. Tel: 0180 63453003

Bei Nachfrage bitte darauf hinweisen, dass Rechnungsempfänger ein Dritter ist (DHL-Kundennummer: 141050135, Myriad GmbH).

* Der Block wird sofort nach Befundung wieder zurückgesandt

Bei Fragen zum Ausfüllen der Dokumente und zum Versand rufen Sie uns bitte gern an: 089/414142420

Institut für Pathologie
 Charité - Universitätsmedizin Berlin
 Prof. Dr. med. Carsten Denkert
 Campus Mitte
 Charitéplatz 1
 10117 Berlin

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

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

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:

Nachname:	Titel:
Vorname:	
Institut:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	
Tel.:	
FAX:	
E-Mail:	

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. 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.

X

Datum, Unterschrift, Stempel

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 Gewebeprobe meines Tumors ist, die notwendige Menge Gewebe an das oben genannte pathologische Institut weiterzuleiten.

X

Datum, Unterschrift

Einsendender Pathologe

Nachname:	Titel:
Vorname:	
Institut:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	
Tel. & FAX:	
E-Mail:	

Hiermit übersende ich die angeforderte Gewebeprobe und bitte um Übersendung der Befundkopie des Endopredict Tests

X

Datum, Unterschrift, Stempel Pathologie

Informationen zur Gewebeprobe

Probentyp: FFPE Gewebepblock mit mindestens 30% Tumoranteil (fixiert mit 10% neutralgepuffertem Formalin).

Externe Blocknummer / Blockbeschriftung: _____

Kommentar: _____

Angaben zur privatversicherten Patientin

Institut für Pathologie
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Prof. Dr. med. Carsten Denkert
Campus Mitte
Charitéplatz 1
10117 Berlin

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

X

.....
Unterschrift Patientin