Universitätsklinikum Marburg - Institut für Pathologie

Prof. Dr. Carsten Denkert
Sekretariat: Andrea Hofmann

Baldingerstraße - 35043 Marburg
Tel: 06421/58-62270 Fax: 06421/58-65640
E-Mail: andrea.hofmann@uk-gm.de

EndoPredict®
Breast Cancer Prognostic Test

Testanforderungsformular EndoPredict

Patient/Patientin (Etikett)

☐ m ☐ w

Name: | geb. am:

Vorname:

Anschrift:

☐ Stationär ☐ Ambulant ☐ Privat Kasse: _____

Pathologie Barcode

Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Stempel)

☐ Überweisungsschein (Muster 10 Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen) 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

☐ Biopsie (Der Molekulare 12-Gen Score wird zunächst tabellarisch berichtet)

☐ Indikationskriterien wurden sonographisch abgesichert

☐ pT und pN werden zur Ermittlung des EPclin Risk Scores nachgereicht

Postoperativ

☐ Resektat ☐ Biopsie

Postoperative pathologische Parameter (notwendig zur Ermittlung des EPClin Risk Scores)

Tumorgröße:
☐ pT1a ☐ pT1b ☐ pT1c ☐ pT2 ☐ pT3

Lymphknotenstatus:
☐ pN0 ☐ pN1mi (Mikrometastase) ☐ 1-3 ☐ 4-10 ☐ >10

Tumormaterial: ☐ liegt bei ☐ wird separat übersandt ☐ 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, ob bei dem/der Patienten/-in eine Chemotherapie 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 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 EndoPredict Tests und um Rücksendung der Proben nach Abschluss der Untersuchung.

Datum: | Name: | Telefon: | Unterschrift:

Cancel