

HINWEIS

Bitte Formular vollständig ausfüllen, um Verzögerungen zu verhindern.

MOLEKULAR-DIAGNOSTISCHER TEST ZUR BESTIMMUNG DER AGGRESSIVITÄT VON PROSTATAKREBS

PROSTATATYPE TESTANFORDERUNGSFORMULAR

PATIENT		EINSENDENDER ARZT	
Name		Name	Titel
Vorname		Vorname	Institution
Geburtsdatum (TT-MMM-JJJJ)		Straße Hausnr.	Stadt PLZ
Geschlecht		Land	Telefon
Patienten-ID		Fax	E-Mail

UNTERSCHRIFT ARZT

Hiermit autorisiere ich die Testung und bestätige, dass vom Patienten die Einwilligung eingeholt wurde, das entsprechende Gewebe zur Testung zu übersenden. Ich bestätige, dass der Test medizinisch notwendig ist und die Ergebnisse zur Therapieplanung des Patienten und zur Entscheidungsfindung genutzt werden. Hiermit erkläre ich, dass die unter „Einsendender Arzt“ aufgeführte Person im relevanten Rechtsgebiet rechtlich dazu autorisiert ist, diesen Test anzufordern.

DATUM (TT-MMM-JJJJ)

UNTERSCHRIFT

ÜBERSENDUNG DER ERGEBNISSE AN (Optional - ein weiterer Arzt kann hier hinterlegt werden, um Updates und die Patientenkopie der Ergebnisse zu erhalten)			
Name	Vorname	Titel	Institution
Straße Hausnr.	Stadt PLZ	Land	E-Mail

Leiten Sie dieses Testanforderungsformular an das Labor weiter, in welchem sich die Tumorprobe befindet.

ANGEFORDERTER TEST

(Achtung: Falls Patient vor Biopsie im Beckenbereich bestrahlt wurde | sich antiandrogener Hormontherapie unterzogen hat, sollte Prostatatype nicht angefordert werden)

PROSTATATYPE BIOPSIE (Patient hatte nur Biopsie und noch keine Bestrahlung oder Ektomie)	
PROSTATAKARZINOM	BIOPSIE GLEASON SCORE
Alter bei Diagnose	Primärer Grad + Sekundärer Grad = Gleason Score
Prä-Biopsie PSA	1 + 1
	2 + 2
	3 + 3 = _____
	4 + 4
	5 + 5
Datum der Biopsie (TT-MMM-JJJJ)	Klinisches Stadium
	T1A T1B T1C T2A T2B T2C
	Biopsieproben
	Gesamtanzahl Proben
	Gesamtanzahl positive Proben

ERFORDERLICHES GEWEBE FÜR TESTUNG: BIOPSIE

PROBEINFORMATIONEN: ZU VERVOLLSTÄNDIGEN DURCH PATHOLOGIE			
Probetyp	Schnitte	Blöcke	Probenfixierung 10% neutral gepuffertes Formalin
Gewebeblock angefügt		Anzahl Blöcke	H&E Schnitt (2-5um Dicke)
Gewebeschnitte angefügt (4-5um Dicke)		Anzahl Schnitte (mind. 5 Schnitte)	H&E Schnitt (2-5um Dicke)

BITTE BEACHTEN: DER PROBE MUSS EIN PATHOLOGISCHER BEFUND BEILIEGEN

UNTERSCHRIFT (Pathologe oder bevollmächtigter Vertreter)	GEWEBE RÜCKGABE	
Hiermit erkläre ich, dass die obigen klinischen Informationen korrekt sind, und das Gewebe dem hier hinterlegten Patienten gehören.	Hiermit fordere ich die Rückgabe des übrigen Gewebes <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name Pathologe bevollmächtigter Vertreter	Name	
	Adresse	
	E-Mail	Telefon

DATUM (TT-MMM-JJJJ)

UNTERSCHRIFT