

Begutachtungsauftrag EndoPredict®

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

Quartal

Kurativ
 Präventiv
 Behndl. gemäß §116 b SGB V
 bei belegärztl. Behandlung

Unfall Unfallfolgen
 Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2

Überweisung an

Ausführung von Auftragsleistungen
 Konsiliaruntersuchungen
 Mit-/Weiterbehandlung
 AU bis

eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung (histologische Diagnose möglichst in Kopie beilegen)

MVZ TRIER
 Histologie • Zytologie
 Molekulare Diagnostik



Begutachtungsauftrag EndoPredict®

Hiermit beauftrage ich das MVZHMD Trier am Material mit der Fallnummer:

den EndoPredict® Test durchzuführen.

Zur Ermittlung des EPclin-Scores benötigen wir die nachfolgend aufgelisteten Parameter. Bei Stanzbiopsien bitten wir um die Angabe des klinischen Tumorstatus.

Tumorgroße: _____ cm (nur invasiver Anteil)

ER: negativ positiv _____ % positive Zellen

Score: _____ (Remmele/Allred)

PR: negativ positiv _____ % positive Zellen

Score: _____ (Remmele/Allred)

Ki-67: _____ % positive Zellen

HER2: negativ positiv _____ Score

Anzahl Lymphknotenmetastasen: 0 1-3 4-10 >10

UICC-Klassifikation: pT _____ pN _____ (_ / _) G ____ L ____ V ____ R ____

Weitere Informationen erhalten Sie jederzeit gerne per Telefon, Mail oder Post.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme	<input type="text"/>
Erfassen	<input type="text"/>
Allgem. Labor	<input type="text"/>
Mol. Auswertung	<input type="text"/>
Pathologe	<input type="text"/>

Fallnummer extern

Fallnummer MVZ Trier

Befund per Fax

Faxnummer: _____

Telefon: _____

Ansprechpartner: _____

BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

AMBULANT

oder
BELEGARZT

IGEL

STATIONÄR

Regelleistung

oder
ärztl. Wahlleistung

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH

Ärztlicher Leiter/Geschäftsführer: PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto · Prof. Dr. med. Veit Krenn
 Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann · Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen

Max-Planck-Str. 17 · 54296 Trier · Postfach 2806 · 54218 Trier

Tel.: 0651/1461830 · Fax: 0651/14618323 · Email: labor@molekularpatho-trier.de

Hotline für Transportdienstleistungen Tel.: 0800 / 1110012

Leistungserfassung

(vom Pathologen auszufüllen)

M

T

Eingangs-Datum

(vom Pathologen auszufüllen)