

# 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 Unfallsfolgen   
 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

<b>Materialannahme</b>	<input type="text"/>
<b>Erfassen</b>	<input type="text"/>
<b>Allgem. Labor</b>	<input type="text"/>
<b>Mol. Auswertung</b>	<input type="text"/>
<b>Pathologe</b>	<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: Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann - PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto  
 Geschäftsführer: Prof. Dr. med. Veit Krenn - 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)