

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

## Begutachtungsauftrag Prolaris®

|                                                                                    |                                                   |                                                      |                                                                                                                                                       |                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kurativ                                                   | <input type="checkbox"/> Präventiv                | <input type="checkbox"/> Behandl. gemäß §116 b SGB V | <input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung                                                                                                   | Quartal<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Unfall<br>Unfallfolgen                                    | Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2   |                                                      | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                                |
| Überweisung an                                                                     |                                                   |                                                      |                                                                                                                                                       |                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen                         | <input type="checkbox"/> Konsiliar-untersuchungen | <input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V |                                                   |                                                      |                                                                                                                                                       |                                                                                                                |



**PATHOLOGIE  
TRIER**

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.

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

|  |
|--|
|  |
|  |



## Begutachtungsauftrag Prolaris®

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

den Prolaris®-Test durchzuführen.

Der Prolaris®-Test trifft Aussagen zur Prognose, zur krankheitsspezifischen Mortalität und des Metastasierungsrisikos, und identifiziert Patienten, die einer aktiven Surveillance zugeführt werden können. Es wird das Expressionslevel von 10 Cell-Cycle Proliferation- und 6 „Housekeeping“- Genen bestimmt. Der Test ist in einem CE-IVD-Kit verfügbar.

Zur Durchführung benötigen wir:

- FFPE-Material (1-2 repräsentative Paraffinblöcke)
- Externer Biopsiebefund
- Unterschriebener Kostenvoranschlag (zwingend zur Testdurchführung erforderlich)

nachfolgend aufgelisteten Angaben

- Klinische T-Stadium: \_\_\_\_\_
- PSA-Wert (ng/mL): \_\_\_\_\_
- fPSA-Wert (ng/mL): \_\_\_\_\_
- Gleason Score: \_\_\_\_\_

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Materialannahme**

**Erfassen**

**Allgem. Labor**

**Mol. Auswertung**

**Pathologe**

**Fallnummer extern**

**Fallnummer MVZ Trier**

**Befund per Fax**

**Faxnummer:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner:** \_\_\_\_\_

### BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!

**AMBULANT**

oder

**BELEGARZT**

**IGEL**

**Hybrid DRG**

Angabe Hybrid-Nr.: \_\_\_\_\_

**STATIONÄR**

**Regelleistung**

oder

**ärztl. Wahlleistung**

**MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH**

Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich

**Ärztliche Leiter:**

Prof. Dr. med. Torsten Hansen · PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto

**Geschäftsführung:**

Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen · Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann  
PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto · Dr. rer. nat. Petra Wandernoth (Sprecherin der Geschäftsführung)

**Max-Planck-Str. 17 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier**

Tel.: 0651 / 948 714 000 · Fax: 0651 / 948 714 098 · Email: mol@patho-trier.de

Hotline für Transportdienstleistungen: 0800 / 1110012

**Leistungserfassung**

(vom Pathologen auszufüllen)

**M**

☐

**T**

☐

**Eingangs-Datum**

(vom Pathologen auszufüllen)