

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

Begutachtungsauftrag EndoPredict®

☐ Kurativ	☐ Präventiv	☐ Behandl. gemäß §116 b SGB V	☐ bei belegärztl. Behandlung	Quartal
☐ Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2			Geschlecht
Überweisung an				
☐ Ausführung von Auftragsleistungen	☐ Konsiliar-untersuchungen	☐ Mit-/Weiter-behandlung	AU bis	
☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V				



PATHOLOGIE TRIER

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.

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



Begutachtungsauftrag EndoPredict®

Hiermit beauftrage ich das MVZHZMD 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 _____

Menopausenstatus:

☐ postmenopausal

☐ prämenopausal: Ovarialsuppression erfolgt bzw. geplant durch:

☐ medikamentös (z.B. GnRH-Analoga)

☐ chirurgisch (Entfernung der Eierstöcke)

☐ Strahlentherapie

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

☐

STATIONÄR

☐

oder

BELEGARZT

☐

Regelleistung

☐

IGEL

☐

oder

ärztl. Wahlleistung

☐

Hybrid DRG

☐

Angabe Hybrid-Nr.: _____

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)