

# Begutachtungsauftrag EndoPredict®

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

Quartal

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



**PATHOLOGIE TRIER**

Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.

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




## 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.

Tumorgröße: \_\_\_\_\_ 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**

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)