

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" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
Überweisung an <input type="text" value=""/>					
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliar-untersuchungen	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung	AU bis <input type="text" value=""/>		
<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 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="checkbox"/>
Erfassen	<input type="checkbox"/>
Allgem. Labor	<input type="checkbox"/>
Mol. Auswertung	<input type="checkbox"/>
Pathologe	<input type="checkbox"/>

Fallnummer extern

Fallnummer MVZ Trier

Befund per Fax <input type="checkbox"/> Faxnummer: _____ Telefon: _____ Ansprechpartner: _____	BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!	
	AMBULANT <input type="checkbox"/> oder BELEGARZT <input type="checkbox"/> IGEL <input type="checkbox"/>	STATIONÄR <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> oder ärztl. Wahlleistung <input type="checkbox"/>

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)