

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

Institut für Pathologie
 Prof. Dr. Carsten Denkert
 UK-GM Marburg
 Baldinerstraße
 35043 Marburg

Bei Fragen zum Ausfüllen des Formulars wenden Sie sich bitte unter Tel.: 089 414142420 an das EndoPredict Service-Team.

Diagnose / Verdachtsdiagnose - Fragestellung

Genexpressionsanalyse bei primärem ER+ / HER2- Mammakarzinom zur Stratifizierung einer ambulanten Chemotherapie

POSTOPERATIVE PATHOLOGISCHE PARAMETER ZUR FESTSTELLUNG DES EPCLIN RISK SCORE

Tumorgröße: <input type="checkbox"/> pT1a <input type="checkbox"/> pT1b <input type="checkbox"/> pT1c <input type="checkbox"/> pT2 <input type="checkbox"/> pT3	Tumor-Grading: <input type="checkbox"/> G1 <input type="checkbox"/> G2 <input type="checkbox"/> G3
Lymphknotenstatus (postoperativ): <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Mikrometastase <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-10 <input type="checkbox"/> >10	Ki-67: _____ %

ANFORDERNDER ARZT

Name:	Titel:	
Vorname:		
Institut:		
Straße, Hausnr.:		
Tel:	Fax:	
PLZ, Ort:		
<p>Hiermit bestätige ich die medizinische Notwendigkeit des Tests und die Indikation eines Tumors der mittleren Risikogruppe mit den pathologischen / histologischen Eigenschaften ER+ / HER2- / 0-3 pos. Lymphknoten / G1-3 / pT1-3. Die bisher vorliegenden klinischen und pathologischen Daten lassen keine Entscheidung zu, ob bei der Patientin eine Chemotherapie durchgeführt werden muss oder ob auf eine Chemotherapie verzichtet werden kann.</p>		
Datum	Unterschrift, Stempel	

PATIENTIN

EINVERSTÄNDNIS

Mein Arzt hat mich umfassend über den Nutzen und die Grenzen des EndoPredict-Tests aufgeklärt. Ich wünsche die Durchführung des Tests und bin damit einverstanden, dass meine Tumor-Gewebeprobe zum Zweck der Untersuchung genutzt wird. Ich ermächtige den Pathologen, der im Besitz der entsprechenden Gewebeproben meines Tumors ist, die notwendige Menge an Gewebe an das oben genannte Pathologische Institut weiterzuleiten.

Datum _____ Unterschrift _____

BITTE LEITEN SIE DIESES FORMULAR AN DIE PATHOLOGIE WEITER, IN DER SICH DIE TUMORPROBE BEFINDET.

EINSENDENDER PATHOLOGE

Name:	Titel:		Hiermit übersende ich die angeforderte Gewebeprobe und bitte um Übersendung einer Befundkopie des EndoPredict Tests und um Rücksendung der Proben nach Abschluss der Untersuchung.
Vorname:			
Institut:			
Straße, Hausnr.:			
Tel:	Fax:		
PLZ, Ort:			
Email:	Datum		Unterschrift, Stempel Pathologie

INFORMATIONEN ZUR GEWEBEPROBE

EndoPredict-Boxen für den Probenversand können Sie unter info@myriadgenetics.de oder telefonisch unter (089) 414142420 bestellen.

Probentyp:	Gewebe- / Tumortyp: <input type="checkbox"/> postoperativ <input type="checkbox"/> Biopsie	Probe fixiert in: <input type="checkbox"/> 10% neutral gepuffertem Formalin	Sonstiges: _____
<input type="checkbox"/> Gewebekblock angefügt	Anzahl Blöcke _____	ID* _____	<input type="checkbox"/> H&E Schnitt (2-5 µm Dicke)
<input type="checkbox"/> Gewebeschnitte angefügt (10 µm Dicke)	Anzahl Schnitte _____ (Minimum 5 Schnitte)	ID* _____	<input type="checkbox"/> H&E Schnitt (2-5 µm Dicke)

BITTE FÜGEN SIE DER PROBE EINE KOPIE DES PATHOLOGISCHEN BEFUNDES BEI!