



## Auftrag für EndoPredict®-Test

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_ F  M

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_ **externe Probennummer** \_\_\_\_\_

**Strasse/Nr.** \_\_\_\_\_

**PLZ/Wohnort** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse** \_\_\_\_\_ **Versicherungsnummer** \_\_\_\_\_

**Rechnung an**  Auftraggeber  Patient

### Untersuchungsmaterial:

Bitte senden Sie uns einen Paraffinblock mit **mindestens 30%** Tumorgewebe ein. Bei Blöcken mit weniger Tumormaterial bitten wir Sie uns den HE-Schnitt beizulegen.

### Benötigte Parameter zur Ermittlung des EPclin-Scores:

bitte angeben, falls bekannt

Tumorgrösse (nur invasive Anteile): \_\_\_\_\_ cm

Seitenangabe:  rechts  links

Östrogenrezeptoren:  positiv  negativ \_\_\_\_\_ % positive Tumorzellen (Östrogen)

Progesteronrezeptoren:  positiv  negativ \_\_\_\_\_ % positive Tumorzellen (Progesteron)

Ki-67: \_\_\_\_\_ % positive Tumorzellen (Ki-67)

Her2-Status: \_\_\_\_\_

Anzahl der untersuchten Lymphknoten: \_\_\_\_\_ davon positiv: \_\_\_\_\_

TNM/UICC-Klassifikation: pT \_\_\_\_ pN \_\_\_\_ (\_\_\_\_/\_\_\_\_) G \_\_\_\_ L \_\_\_\_ V \_\_\_\_ R \_\_\_\_

### Name und Stempel des Arztes/Spitals:

**Datum der Entnahme:**

\_\_\_\_\_

**Frühere Untersuchungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. Bericht: \_\_\_\_\_

Fax Bericht: \_\_\_\_\_

Mail Bericht: \_\_\_\_\_  
(nur HIN-verschlüsselte Mail-Adressen)

**Kopie(n) an:** \_\_\_\_\_