



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: _____