



Auftrag für Prolaris®-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 60%** Tumorgewebe und **mindestens 0.5 mm Tumurlänge** ein sowie den dazugehörigen histo-pathologischen Befundbericht.

Die maximale Fixationszeit sollte **24 h** nicht überschreiten.

Achtung: Falls der Patient vor Entnahme der Biopsien im Beckenbereich bestrahlt wurde oder sich einer Antiandrogener Hormontherapie unterzogen hat, sollte Prolaris nicht angefordert werden.

Benötigte Daten zur Ermittlung des kombinierten Prolaris-Scores:

bitte **zwingend** angeben

Alter bei Diagnose: _____

Datum der Diagnose: _____

Prä-Biopsie PSA: _____ ng/ml

klinisches Tumorstadium: T1a T1b T1c
 T2a T2b T2c
 T3a T3b
 T4

Biopsie Gleason Score: _____ + _____ = _____

(Primärer Grad + Sekundärer Grad = Gleason Score)

Gesamtanzahl Biopsien: _____

Gesamtanzahl positiver Biopsien: _____

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: _____