



## Richiesta di esecuzione del test Stockholm3

**Cognome** \_\_\_\_\_  
**Nome** \_\_\_\_\_  
**Data di nascita** \_\_\_\_\_  
**Via/n.** \_\_\_\_\_  
**NPA/località** \_\_\_\_\_

### Informazioni cliniche (da compilare obbligatoriamente)

Età del paziente al momento del prelievo di sangue: \_\_\_\_\_ anni

Al padre o uno dei fratelli/figli del paziente è stato diagnosticato un cancro alla prostata?  Sì  No  Non noto

Il paziente sta assumendo, o ha assunto negli ultimi tre mesi, uno dei seguenti medicinali su base regolare? Avodart, dutasteride, Proscar o finasteride  Sì  No  Non noto

Il paziente è già stato sottoposto a biopsia prostatica?  Sì  No  Non noto

### Presenza a carico dei costi

Sono stato informato che il test è stato adottato di recente in Svizzera. In genere i costi del test sono assunti dalla cassa malati. Tuttavia, è possibile che la mia cassa malati rifiuti di coprire tali costi nell'ambito dell'assicurazione di base e/o di eventuali assicurazioni complementari.

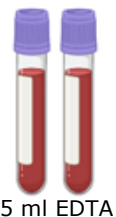
Con la presente confermo che in tale eventualità sono disposto a sostenere personalmente i costi della prestazione di laboratorio per il test Stockholm3, pari a un importo di CHF 502.-.

Luogo, data: \_\_\_\_\_

Firma del paziente: \_\_\_\_\_

Inviare **due (2) provette con EDTA da 5 ml** contenenti ciascuna il sangue prelevato dal paziente nella busta preaffrancata al seguente indirizzo:

Institut für histologische und zytologische Diagnostik AG  
Stockholm3  
Dr. med. Milo Horcic  
**Talstrasse 2**  
**8702 Zollikon**



### Evitare gli invii prima di un fine settimana o di una festività!

In caso di dubbi, contattare il numero 044 444 34 00

**Data/ tempo del prelievo:**

**Nome e timbro del medico/dell'ospedale:**

\_\_\_\_\_

Rapporto di trasmissione: \_\_\_\_\_  
(solo indirizzi di posta codificati tramite HIN)