



## Auftrag für Prolaris®-Test

Name \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

### 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: \_\_\_\_\_