

Test-Anforderungsformular

1. Klienteninformationen:

Bestellender Urologe Name: _____ Klinik/Praxis: _____
 Straße: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____ Land: _____
 Tel: _____ Fax: _____ Email: _____

2. Molekulardiagnostik: (Bitte ankreuzen)

SelectMDx[®] for Prostate Cancer Der abgegebene Urintest wird von SelectMDx for Prostate Cancer untersucht, einer mRNA Analyse, um bei der Entscheidung zu einer Biopsie zu unterstützen.

3. Patienteninformationen:

Vorname: _____ Nachname: _____ Tel: _____
 Straße: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____ Land: _____

Arztbericht /Patienten-ID: _____

Geburtsdatum: - -
Tag Monat Jahr

Datum letzte DRE: - -
(Letzte DRE vor Test) Tag Monat Jahr

Letzte DRE: Verdacht auf Krebs Kein Verdacht auf Krebs
(Vor Tag der Urinsammlung)

Datum letzter PSA: - -
(<6 Monate) Tag Monat Jahr

Letzte PSA: _____ ng/mL

Prostatavolumen: _____ cm³

4. Proben-Daten:

Abnahmedatum: - -
Tag Monat Jahr

5. Rechnungsinformationen: (Bitte ankreuzen)

Rechnung Klinik/Praxis Test wird im Voraus bezahlt Patient Selbstzahler: _____
(Zahlung im Voraus!) Einwilligung/Name/Unterschrift
 Patienten Email: _____
(Zum Versenden der Rechnung)

6. Zusätzliche Notizen:

7. Autorisierung:

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mich mit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen auf der Rückseite dieses Formulars einverstanden, ein Gesundheitsdienstleister zu sein, der die Gebrauchsanweisung für SelectMDx[®] gelesen und verstanden hat und die Erlaubnis meines Patienten erhalten hat um die SelectMDx[®]-Analyse anzufordern und die oben genannten Informationen weiterzugeben.

 Autorisierte Unterschrift (Bitte keine Stempelunterschriften)

Datum: - -
Tag Monat Jahr

Patienten-ID Sticker (Klinik/Praxis) aufkleben

Barcode