

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb.am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Begutachtungsauftrag Polaris®

<input type="checkbox"/> Kurativ	<input type="checkbox"/> Präventiv	<input type="checkbox"/> Behndl. gemäß §116 b SGB V	<input type="checkbox"/> bei belegärztl. Behandlung	Quartal
<input type="checkbox"/> Unfall Unfallfolgen	Datum der OP bei Leistungen nach Abschnitt 31.2			ph
Überweisung an _____				
<input type="checkbox"/> Ausführung von Auftragsleistungen	<input type="checkbox"/> Konsiliar-untersuchungen	<input type="checkbox"/> Mit-/Weiterbehandlung		
<input type="checkbox"/> eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß §16 Abs. 3a SGB V				



PATHOLOGIE TRIER

Histologie, Zytologie, Molekulare Diagnostik.

Diagnose/Verdachtsdiagnose - Fragestellung (histologische Diagnose möglichst in Kopie beilegen)



Begutachtungsauftrag Polaris®

Hiermit beauftrage ich das MVZH ZMD Trier am Material mit der Fallnummer:

den Polaris®-Test durchzuführen.

Der Polaris®-Test trifft Aussagen zur Prognose, zur krankheitsspezifischen Mortalität und des Metastasierungsrisikos, und identifiziert Patienten, die einer aktiven Surveillance zugeführt werden können. Es wird das Expressionslevel von 10 Cell-Cycle Proliferation- und 6 „Housekeeping“- Genen bestimmt. Der Test ist in einem CE-IVD-Kit verfügbar.

Zur Durchführung benötigen wir:

- FFPE-Material (1-2 repräsentative Paraffinblöcke)
- Externer Biopsiefund
- Unterschriebener Kostenvoranschlag (zwingend zur Testdurchführung erforderlich)

nachfolgend aufgelisteten Angaben

- Klinische T-Stadium: _____
- PSA-Wert (ng/mL): _____
- fPSA-Wert (ng/mL): _____
- Gleason Score: _____

Weitere Informationen erhalten Sie jederzeit gerne per Telefon, Mail oder Post.

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Materialannahme	
Erfassen	
Allgem. Labor	
Mol. Auswertung	
Pathologe	

Fallnummer extern

Fallnummer MVZ Trier

Befund per Fax <input type="checkbox"/> Faxnummer: _____ Telefon: _____ Ansprechpartner: _____	BITTE UNBEDINGT ANKREUZEN!	
	AMBULANT <input type="checkbox"/> oder BELEGARZT <input type="checkbox"/> IGEL <input type="checkbox"/>	STATIONÄR <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> oder ärztl. Wahlleistung <input type="checkbox"/>

MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH
 Registernummer HRB 44346 · Amtsgericht Wittlich
Geschäftsführung:
 Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen · Prof. Dr. med. Veit Krenn · Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann
 PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto (Ärztlicher Leiter) · Dr. rer. nat. Petra Wandernoth
Max-Planck-Str. 17 · 54296 Trier · Postfach 2460 · 54214 Trier
 Tel.: 0651 / 948 714 000 · Fax: 0651 / 948 714 098 · Email: mol@patho-trier.de
 Hotline für Transportdienstleistungen: 0800 / 1110012

Leistungserfassung
(vom Pathologen auszufüllen)

M T

Eingangs-Datum
(vom Pathologen auszufüllen)