

# Beantragung eines FoundationONE® CDx-Tests

**Patient**

**Einwilligungserklärung**

Bei privat (PKV) Versicherten:  
**Kostenübernahmeerklärung**

**Arzt/Onkologe**

- GKV/PKV: **Überweisungsschein**  
→ Auftrag: Mutationssuche
- **Arztbrief** / Informationen
- stationäre/internationale Patienten:  
**Anforderungsformular**

**Lokaler Pathologe**

**Tumorprobe\***



Sendung an  
**Molekularpathologie Südbayern**  
Nonnenwald 2  
Gebäude 433  
82377 Penzberg

**WICHTIGER HINWEIS:**  
Bitte bestätigen Sie Ihre Einwilligung auf dem Original dieses Dokuments, das Sie uns bitte zukommen lassen.

**Einwilligungserklärung** zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

Molekularpathologische Diagnostik

FOUNDATIONONE® CDx  
 FOUNDATIONONE® HEME

2 x Unterschrift Patient,  
Angaben zum Arzt/Pathologen

Ort, Datum Max Mustermann  
Ort / Datum Name des Patienten (in Großbuchstaben)

*Max Mustermann*  
Unterschrift des Patienten\*

\*Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten

nur privat Versicherte:

**Kostenübernahmeerklärung**

Ich bestätige hiermit, dass ich die Kosten für die oben genannte Untersuchung übernehme.

Leitgebende/r Arzt/in / Arzt/Ärztin  
Name Max Mustermann  
Musterstr. 1  
11111 Musterort

Ort, Datum  
*Max Mustermann*

**Überweisungsschein  
Muster 10**

Max Musterman  
Vor- u. Nachname

**Diagnose/Verdachtsdiagnose**  
Diagnosen, Informationen

**Befund/Medikation**

**Auftrag**  
Mutationssuche

Praxisstempel  
*Unterschrift  
Arzt*

**Arztbrief**

Informationen zu

- ✓ Diagnosen
- ✓ Stelle der Probenentnahme
- ✓ Krankheitsstadium
- ✓ Klassifikation (ICD10)
- ✓ Therapien
- ✓ evtl. weitere Informationen

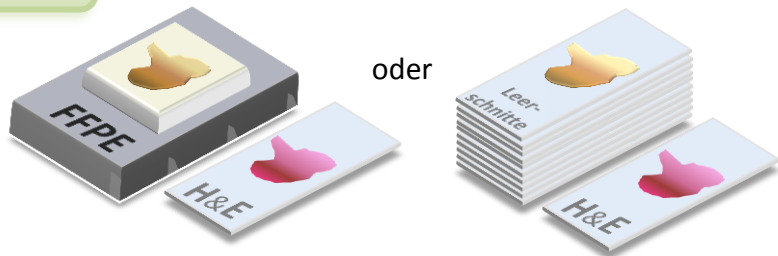
**Anforderungsformular für eine  
Multigenanalyse (FoundationONE® CDx-Test)**

Molekularpathologie Südbayern  
TEILGEMEINSCHAFTSPRAXIS  
Praxisraum Penzberg  
Nonnenwald 2  
Gebäude 433  
82377 Penzberg

Bitte möglichst vollständig ausfüllen und dem Untersuchungsmaterial beilegen  
Please fill out to sample shipment

Erste Einsendung / First Submission  Zweite Einsendung / Second Submission

Patientendaten / Patient Data	Angaben zur Probe / Sample Information
Vorname / First Name	Diagnose / Diagnosis
Nachname / Last Name	Proben ID / Sample ID



**Kontakt:**

Telefon: (089)2620817-21  
Fax: (089)2620817-22  
E-Mail: [penzberg@mpatho.de](mailto:penzberg@mpatho.de)

\*Probenleitfaden: siehe Seite 10 oder  
<http://www.molekularpathologie-suedbayern.de/files/Formulare/F1-ProbeleitfadenTGMP.pdf>