



# FoundationONE® CDx

## Checkliste

**Einwilligungserklärung**  
vom Patienten unterschrieben

**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

Falls Sie... 2 x Unterschrift Patient, Angaben zum Arzt/Pathologen

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

*Max Mustermann*  
Unterschrift des Patienten\*

\*Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten

**Privatpatienten (PKV):  
Kostenübernahmeerklärung**  
vom versicherten Patienten unterschrieben

**Kostenübernahmeerklärung**

*Max Mustermann*

**GKV/PKV: Überweisungsschein** (GKV: Muster 10)  
Auftrag: Mutationssuche

**Überweisungsschein**  
Muster 10

Max Mustermann

**Diagnose/Verdachtsdiagnose**  
Diagnosen, Informationen

**Befund/Medikation**

**Auftrag**  
Mutationssuche

Praxisstempel  
*U. Sternberg*  
Arzt

**Arztbrief**  
Informationen zu Diagnosen, Probeentnahme,  
Klassifikation, Therapien, etc.

**Arztbrief**

Informationen zu

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

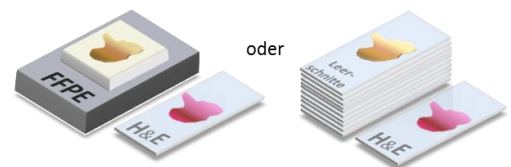
**Stationäre / internationale Patienten  
(ohne Arztbrief):  
Anforderungsformular**

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

Molekularpathologie Südbayern  
TEILGEMEINSCHAFTSPRAXIS

Patientendaten / Patient Data	Angaben zur Probe / Sample Information
Vorname / First Name	Diagnose / Diagnosis
Nachname / Last Name	Proben ID / Sample ID
Geschlecht / Gender <input type="checkbox"/> weiblich / female <input type="checkbox"/> männlich / male	Stelle der Probenentnahme / Specimen Site
	Krankheitsstadium / Stage

**Tumorprobe**



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