

Anforderungsformular für eine Multigenanalyse (FoundationONE® HEME-Test)



**Molekularpathologie
Südbayern**

TEILGEMEINSCHAFTSPRAXIS

Praxisraum Penzberg

Nonnenwald 2

Gebäude 433

82377 Penzberg

Bitte möglichst vollständig ausfüllen und dem Untersuchungsmaterial beilegen

Please fill add to sample shipment

Erste Einsendung / *First Submission*

Zweite Einsendung / *Second Submission*

Patientendaten / *Patient Data*

Vorname / *First Name*

Nachname / *Last Name*

Geschlecht / *Gender*

weiblich / *female* männlich / *male*

Geburtsdatum / *Day of Birth*

Tag / *Day* __ Monat / *Month* __ Jahr / *Year* ____

Versicherungsstatus: gesetzlich (GKV) privat (PKV)

Transplantat erhalten? / *Any type of transplant recieved?*

Nein / *No* Ja , bitte spezifizieren / *Yes, please specify*

Angaben zur Probe / *Sample Information*

Diagnose / *Diagnosis*

Proben ID / *Sample ID*

Stelle der Probenentnahme / *Specimen Site*

Krankheitsstadium / *Stage*

Datum der Probenentnahme / *Date of Collection*

Tag / *Day* __ Monat / *Month* __ Jahr / *Year* ____

Internationale Klassifikation der Krankheit / *ICD Code(s) Listed*

Probe an die unten genannte Pathologie zurückschicken /
Return sample to the Pathology adress listed below

Behandelnder Arzt (Onkologe) / *Ordering Physician Info*

Krankenhaus / *Office/Practice/Institution Name*

Name, Vorname / *Ordering Physician*

Geschäftsadresse / *Business Address*

Telefon / *Telephone*

Fax / *Fax*

Email / *Email*

Datum, Unterschrift Arzt / *Physician Signature, Date*

Pathologe / *Pathology Information*

Krankenhaus / *Hospital/Institution Name*

Name, Vorname / *Submitting Pathologist Name*

Geschäftsadresse / *Business Address*

Telefon / *Telephone*

Fax / *Fax*

Email / *Email*

Platz für Anmerkungen / *Comments, Remarks*

Wenden Sie sich bei Fragen bitte an

In case of any questions, please contact

Molekularpathologie Südbayern Praxisraum Penzberg

Telefon: (089)2620817-21

Fax: (089)2620817-22

E-Mail: penzberg@mpatho.de