

# 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 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