

Untersuchungsauftrag maintrac Zellzählung und Medikamententestung



Laborpraxis
Dr. Pachmann



Medizinische Rückfragen unter Tel.: 0921 850 200

Patientendaten

Name, Vorname des Patienten		m	w
Adresse		geboren am	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	

Praxisstempel

Bitte bezüglich der sicheren Datenübermittlung nach DSGVO Rückseite beachten!

Abnahmedatum:

Eine möglichst vollständig beigefügte Anamnese (z.B. Arztbrief) erleichtert die personalisierte Befundinterpretation

Bitte vollständig ausfüllen.

Anamnese

Erstdiagnose:

am

Tumorformel:

pT ____ pN ____ M ____ R ____ ER ____ PR ____ HER2/neu ____

Operation:

am

Rezidiv:

festgestellt am

Therapien:

1. Therapie:

von

bis

2. Therapie:

von

bis

Aktuelle Therapie:

Beginn

geplantes Ende

15 ml EDTA Blut werden benötigt.

maintrac Zellzählung

Erfolgskontrolle unter Therapie

- Vor Therapiebeginn
- Unter Therapie
- Bei Therapieende

maintrac Zellzählung

€ 208,98

Überwachung Hormontherapie oder nach Therapie

- unter Hormontherapie
- _____ Monate nach Therapieende

Therapierelevante Eigenschaften (Preis zzgl. 1x maintrac Zellzählung)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> HER2/neu-Amplifikation (FISH) + € 280,19 | <input type="radio"/> EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) + € 232,81 |
| <input type="radio"/> EGFR-Amplifikation (FISH) + € 280,19 | <input type="radio"/> VEGFR2 (Vascular Endothelial Growth Factor Receptor) + € 232,81 |
| <input type="radio"/> Apoptose-Nachweis (TUNEL) + € 211,03 | <input type="radio"/> IGF1R (Insulin-like Growth Factor 1 Receptor) + € 232,81 |
| <input type="radio"/> Östrogenrezeptor (ER) + € 232,81 | <input type="radio"/> c-Kit (Stammzellfaktor-Rezeptor) + € 232,81 |
| <input type="radio"/> Progesteronrezeptor (PR) + € 232,81 | <input type="radio"/> Tissue Factor (Tumor-Koagulation) + € 232,81 |
| <input type="radio"/> Androgenrezeptor (AR) + € 232,81 | <input type="radio"/> Thomsen-Friedenreich-Antigen (Leberaffinität) + € 232,81 |
| <input type="radio"/> PSA (Prostata-spezifisches Antigen) + € 232,81 | <input type="radio"/> PD-L1 (Immuntherapie) + € 232,81 |
| <input type="radio"/> PSMA (Prostata-spezifisches Membranantigen) + € 232,81 | <input type="radio"/> Antikörper gegen Tumorzellen + € 232,81 |
| <input type="radio"/> B7-H3 (Oberflächenantigen CD 276) + € 232,81 | |
| <input type="radio"/> Ki67 (Wachstumsfraktion) + € 232,81 | |

Tumorspezifische Untersuchungen (Preis inkl. 1x maintrac Zellzählung)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Brust (ER, PR, HER2/neu Amplifikation) € 763,82 | <input type="radio"/> Sarkom (PLAP) € 397,61 |
| <input type="radio"/> Prostata (PSA, PSMA, B7-H3, AR) € 912,17 | <input type="radio"/> Glioblastom (PLAP, EGFR) € 649,77 |
| <input type="radio"/> Lunge (EGFR Amplifikation) € 440,25 | <input type="radio"/> Tumore unbekannter Herkunft (ACUP) € 912,17 |
| <input type="radio"/> Eierstock (ER, PR) € 607,13 | |
| <input type="radio"/> Melanom (Melan A) € 397,61 | |

maintrac Medikamententestung (Preis zzgl. 1x maintrac Zellzählung)

- Docetaxel Tagesdosis + € 315,25
- Paclitaxel + € 315,25
- Cyclophosphamid + € 315,25
- Epirubicin + € 315,25
- Doxorubicin + € 315,25
- 5-Fluoruracil + € 315,25
- Gemcitabin + € 315,25
- Vinorelbin + € 315,25
- Cisplatin + € 315,25
- Carboplatin + € 315,25
- Oxaliplatin + € 315,25

- Helixor A, M oder P + € 315,25
- Iscador M, Q, U oder P + € 315,25
- Oliphenolia + € 315,25
- Bitte Herstellerangabe, wenn gewünscht: + € 315,25
- Vitamin C Tagesdosis + € 315,25
- Graviola + € 315,25
- DCA (Dichloracetat) + € 315,25
- Sulforaphan + € 315,25
- Hypericin + € 315,25
- Curcuma + € 315,25
- Artesunat + € 315,25

- weitere Wirkstoffe + € 315,25
- + € 315,25
- + € 315,25
- + € 315,25
- + € 315,25
- + € 315,25
- Kombinationstestung + € 315,25

Personalisierte Medikamentenpakete (bitte oben auswählen)

- 3 Medikamente + € 860,63
- 5 Medikamente + € 1.379,22
- 7 Medikamente + € 1.831,60

Zusatzuntersuchungen

- Immunstatus Lymphozyten-Subpopulationen, NK-Zellen und Monozyten bei Sonderindikation 32011 € 219,21 Kassenleistung
- stemtrac® Zirkulierende Krebsstammzellen (Tumorsphären) Kultivierung über einen Zeitraum von bis zu 21 Tagen*. € 499,67
- thrombotrac Thromboserisiko-Analyse (Gutachten und Laboruntersuchung) Bei Tumoren besteht erhöhtes Thromboserisiko. Rücksprache erforderlich

*noch nicht im Geltungsbereich der Akkreditierung

Bitte füllen Sie den Untersuchungsauftrag vollständig aus und schicken ihn mit der beschrifteten Blutprobe (15 ml EDTA) ungekühlt in einer unserer adressierten Versandbox (Eingang innerhalb von 48 Stunden) über unseren Kurierservice an die Laborpraxis Dr. Pachmann in Bayreuth.

Wirtschaftliche Information / Kostenaufklärung

Ich wurde von meinem Therapeuten über den Umfang und die Kosten dieser Untersuchung ausführlich informiert, insbesondere darüber, dass ich mir vor der Untersuchung eine Kostenzusage meiner Krankenkasse einholen oder die Kosten selbst tragen muss, also die Kosten durch einen Dritten nicht oder nicht vollständig übernommen werden. Der Vergütungsanspruch richtet sich ausschließlich gegen den Patienten bzw. Rechnungsempfänger und ist nicht abhängig von einer möglichen Leistung durch Dritte. Mir ist bekannt, dass mein Therapeut berechtigt ist, seine Leistungen - also nicht die hier aufgeführten Leistungen - zusätzlich gesondert in Rechnung zu stellen. In Kenntnis dieser Tatsachen erkläre ich hiermit, dass die oben angegebene(n) Untersuchung(en) auf mein Verlangen hin durchgeführt wird / werden.

Datenschutzerklärung (nach DSGVO) und Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine personenbezogenen Daten und meine Behandlungsdaten elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und die zur Rechnungserstellung notwendigen Daten zum Zwecke der Rechnungserstellung sowie zur Einziehung und ggf. zur gerichtlichen Durchsetzung der Forderung an eine externe Abrechnungsstelle (der Name der Abrechnungsstelle kann in der Laborpraxis Dr. Pachmann erfragt werden - Tel. 0921-850200) weitergegeben werden. Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit für die Zukunft nach Art. 7, Abs. 3 der europäischen DSGVO widerrufen werden. Zu diesem Zwecke entbinde ich meinen Therapeuten sowie Herrn Dr. med. Ulrich Pachmann, Arzt für Transfusionsmedizin, Kurpromenade 2, 95448 Bayreuth sowie dessen Mitarbeiter ausdrücklich von der (ärztlichen) Schweigepflicht.

Als Patient steht es mir jederzeit frei, Einsicht in meine Patientenakte zu erhalten und meine Daten löschen zu lassen. Meine gespeicherten Daten werden gesetzeskonform aufbewahrt. Die zuständige datenschutzrechtliche Aufsichtsbehörde ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Ansbach, Tel: 0981-5313 00, Email: poststelle@lda.bayern.de.

Datum, Unterschrift des Patienten

Bitte senden Sie meine Laborergebnisse (Mehrfachnennung möglich)

- an meinen Therapeuten per Post digital per Befundbox
- an mich persönlich per Post digital per Befundbox

Bei digitaler Zustellung per Befundbox:

E-Mail Patient:.....

E-Mail Therapeut:.....

Bitte senden Sie mir den **Verifizierungs-Code für die Befundbox:**

Bei Zusendung an den **Therapeuten**, per:

- SMS:.....
- Sprachanruf:
- Fax:.....

Datum, Unterschrift des Therapeuten

Bei Zusendung an den **Patienten**, per:

- SMS:.....
- Sprachanruf:
- Fax:.....

Datum, Unterschrift des Patienten

Verwendung meiner Blutprobe zu wissenschaftlichen Zwecken

Ich bin damit einverstanden, dass meine Blutprobe zusätzlich zu meinen Untersuchungen pseudonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken durch die SIMFO Spezielle Immunologie Forschung + Entwicklung GmbH, Kurpromenade 2, 95448 Bayreuth verwendet werden darf. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft nach Art. 7 Abs. 3 der europäischen DSGVO widerrufen werden.

Datum, Unterschrift des Patienten

Bitte senden Sie folgendes Informationsmaterial zu:

- Untersuchungsaufträge maintrac Fragebögen thrombotrac
- Informationsmaterial maintrac Untersuchungsaufträge thrombotrac
- Versandboxen** maintrac 1 2 5 10 20 Stk.

an folgende Adresse:

Name, Vorname des Rechnungsempfängers

Praxis (Unternehmen)

Adresse / Land

Datum, Unterschrift des Rechnungsempfängers