

## Auftragsformular PROLARIS® Test

Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben <b>in Blockschrift</b> ausfüllen oder <b>besser Barcode</b> aufkleben)		Bitte freilassen
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> Geburtsdatum  T T M M J J  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> <div> Geschlecht  M W  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> </div>		
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	<b>Versicherungsdetails:</b> <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schwangerschaft KK/Vers.: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung  Tel.: _____ Kontakt: _____
---	--	---

Kopie(n) an:

Klinische Daten des Patienten	
<b>Klinische Angaben</b> Alter des Patienten zum Zeitpunkt der Biopsie (Jahre) _____ Totaler PSA-Wert zum Zeitpunkt der Biopsie (ng/ml) _____ Klinisches Tumorstadium (T-Stadium) _____ Primärer und sekundärer Gleason-Grad _____ + _____ Datum der Biopsieentnahme _____ Lokalisation _____ Probennummer Pathologie* (B-Nummer) _____	

\* Bei externen Biopsien bitte zusätzlich Name und Adresse des externen Pathologieinstitutes angeben.

Erforderlich	
<b>Durch KLINIK auszufüllen</b> <input type="checkbox"/> Lokalisierter Tumor, ohne systemische Vortherapie <input type="checkbox"/> PSA < 100ng/ml <input type="checkbox"/> Gleason-Score zwischen 6 und 7: Identifizierung von Active Surveillance Patienten <input type="checkbox"/> Gleason-Score zwischen 7 und 8: Identifizierung von Patienten, die multimodale Therapie benötigen <input type="checkbox"/> Klinisches Tumorstadium (T-Stadium) < cT3b <input type="checkbox"/> Zeitdauer von Entnahme bis zur Formalin-Fixierung < 1 Stunde	<b>Durch PATHOLOGIE auszufüllen (bitte leer lassen)</b> <input type="checkbox"/> Biopsie mit mind. 0,5mm Tumorstadium und > 60% Tumor-Anteil <input type="checkbox"/> Maximale Fixierungsdauer < 24 Stunden <input type="checkbox"/> Totale Anzahl Biopsien <input type="checkbox"/> Davon positiv**

\*\* Mehrere positive Fusionsbiopsien aus einer singulären mittels Bildgebung identifizierten Läsion werden als einzelne positive Probe gewertet.

Ausschlusskriterien	
<b>Durch KLINIK auszufüllen</b> <input type="checkbox"/> Metastasierter Tumor <input type="checkbox"/> PSA > 100ng/ml <input type="checkbox"/> Bereits Therapie erfolgt <input type="checkbox"/> Klinisches Tumorstadium (T-Stadium) cT3b oder cT4	<b>Durch PATHOLOGIE auszufüllen (bitte leer lassen)</b> <input type="checkbox"/> Gleason-Score > 8

Aufträge ohne Name des Auftraggebers können nicht bearbeitet werden.

**Auftragsdatum**

**Stempel, Name und Telefonnummer**  
der auftraggebenden Person (Arzt/Spital)