

Anforderungsschein

Molekularpathologische Analyse BRCA-1/2-Mutationen am Tumorgewebe

(bei fortgeschrittenem, Platin-sensitiven, serösem Karzinom
des Eierstocks, Eileiters oder des Peritoneums)

an das Institut für Pathologie Bonn

Patientin (Aufkleber)	Anfordernder Arzt (Stempel)
	Tel-Nr. für Rückfragen:
Externe Eingangsnummer: _____	

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zu untersuchender Paraffinblock anbei | <input type="checkbox"/> Kostenerstattungsantrag anbei |
| <input type="checkbox"/> Paraffinblock wird separat übersandt | <input type="checkbox"/> Abtretungserklärung anbei |
| <input type="checkbox"/> Paraffinblock ist bereits in der Uniklinik Bonn | <input type="checkbox"/> Rechnung Versand-/ Transportkosten anbei |
- (Überweisungsschein anbei)
- Ambulant
- Privat
 - Kasse
- Stationär
- Privat
 - Kasse

Hinweis

Die beantragte Testung dient ausschließlich der Untersuchung auf eine therapierelevante BRCA-1/2-Mutation im Tumorgewebe. Die Untersuchung stellt **keine** Keimbahnanalytik dar, erlaubt auch **keine** Keimbahnaussage und erfordert **keine** Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz.

Materialrückversand an:

.....
(Ort / Datum, Unterschrift des Arztes)

Institut für Pathologie ■ Universitätsklinikum Bonn ■ Venusberg-Campus 1 ■ D-53127 Bonn

Universitätsklinikum Bonn
Institut für Pathologie
Herrn Prof. Kristiansen
Venusberg-Campus 1

53127 Bonn

■

Antrag und Kostenübernahmeerklärung zur BRCA-1/2-Mutationsanalytik am Tumorgewebe

Sehr geehrter geehrte Damen und Herren,

hiermit beauftrage ich Herrn Prof. Kristiansen, Institut für Pathologie am Universitätsklinikum Bonn mit der Durchführung der BRCA-1/-2-Mutationsanalyse an meinem Tumorgewebe gemäß separaten Untersuchungsauftrag meines behandelnden Arztes.

■ Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich bereit, die anfallenden Kosten in Anlehnung an GOÄ (Analogziffern) als Privatpatientin bzw. Selbstzahlerin persönlich zu übernehmen.

Es liegt in meiner eigenen Verantwortung und meinem eigenen Risiko, nachträglich die Erstattung durch meine Krankenkasse einzufordern.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Ort/Datum

Unterschrift