



Immermannstr. 65 A
40210 Düsseldorf

info@zotzklimas.de
www.zotzklimas.de

Tel.: 0211 27 101 77 77
Fax: 0211 27 101 13 23

Bitte beachten Sie, dass die Leistungen von einem Partnerlabor druchgeführt werden!

Arztstempel

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Kostenträgerkennung
Versicherten-Nr.
Status
Betriebsstätten-Nr.
Arzt-Nr.
Datum

Auftragsbarcode bitte hier aufkleben!

Interne Probennummer Labor

INFORMATIONEN ZUR SCHWANGERSCHAFT BEI DER BLUTENTNAHME

Geschlecht: W M
E-Mail: _____ Telefonnummer: _____

INFORMATIONEN ZUM AUFTRAGGEBER

Klinikname oder Name der auftraggebenden Praxis
Name der bestellenden Ärztin / des bestellenden Arztes
Telefon: _____ Fax: _____ Email: _____
Straße
PLZ/Ort _____ Unterschrift der Ärztin/des Arztes

SIGNATERA™-TEST BESTELLUNG^o - BITTE EINEN AUFTRAG ANKREUZEN

SIGNATERA™ INITIALTEST € 3500, einmalig Datum der Blutentnahme (TT/MM/JJ): _____
Probenanforderungen:
TUMORGEWEBE: Ein formalin-fixierter, paraffineingebetteter (FFPE) Block mit >25 mm² Fläche und ein H&E-Objektträger **oder** Sechs bis zehn (10 Mikrometer) Schnitte oder zwölf bis zwanzig (5 Mikrometer) Schnitte und ein H&E-Objektträger (10 Mikrometer Dicke). Der erforderliche minimale Tumorgehalt beträgt 30 %.
BLUT: Zwei 10-ml-Streck-Röhrchen PLUS 6ml EDTA
 SIGNATERA™ FOLGETEST € 1500,- je Folgetest Datum der Blutentnahme (TT/MM/JJ): _____
Probenanforderungen: **BLUTPROBE**: zwei 10-ml-Streck-Röhrchen

PATIENTENANAMNESE - BITTE DEN LETZTEN BEFUND BEILEGEN. BITTE BEACHTEN SIE, DASS SIGNATERA™ DERZEIT NUR BEI SOLIDEN TUMOREN DURCHGEFÜHRT WERDEN KANN.

ENTITÄT
 BREAST TNBC HER2+ ER/PR+ /HER2
 LUNG NSCLC AdenoCA SCLC
 CRC AdenoCA Rectal
 BLADDER MIBC NMIBC
 OTHER
 Der neueste Befund ist beigefügt.
Datum der Diagnose (TT/MM/JJ) _____ TNM Stadium _____ Letzte Behandlung: Datum und Art _____
ECOG-Rating (1-4) _____ Aktuelle Bildgebung: Datum und Hauptbefund (z. B. CT, MRT, ...)

^o Bitte beachten Sie, dass diese Leistungen von einem Partnerlabor druchgeführt werden!

