

## Blockanforderung lokale Pathologie für MammaPrint®/Blueprint®

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geb. am:** \_\_\_\_\_

**Tumor Block-Nr.:** \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,  
hiermit bitten wir Sie darum, einen repräsentativen Tumorblock der o.g. Patientin zur  
Durchführung der Genexpressionsanalyse MammaPrint® herauszusuchen.

Die Einverständniserklärung der Patientin liegt diesem Schreiben bei.

**Wir bieten Ihnen an, den Tumorblock durch unseren Versanddienstleister abholen zu lassen.  
Zur Buchung der Abholung schreiben Sie einfach eine E-Mail mit der genauen Abholadresse  
und der bevorzugten Abholzeit an: [V-ID@zotzklimas.de](mailto:V-ID@zotzklimas.de)  
Im Anschluss lassen wir Ihnen das Versandetikett zukommen.**

### **Wichtig:**

Bitte beachten Sie, dass zur erfolgreichen Durchführung der Analyse der Tumorgehalt der  
Gewebeprobe mindestens 30% sein muss.

Bei Rückfragen melden Sie sich telefonisch unter **0211 27 101 77 77**  
oder per E-Mail an: [molekularpathologie@zotzklimas.de](mailto:molekularpathologie@zotzklimas.de)

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der Molekularpathologie