



Patient (ggf. Patientenetikett)

Name weiblich
 männlich
 divers

Vorname

Straße Geburtsdatum

PLZ, Ort

Laboratoriumsmedizin Dortmund

Brauhausstraße 4
44137 Dortmund

Tel.: 0231·95 72 - 0
Fax: 0231·57 98 34

info@labmed.de
www.labmed.de

Rückfragen an

Name

Tel.-Nr.

Fax-Nr.

Mail

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

Einsender (ggf. Stempel)

Rechnung

- Rechnung an Patient:in ambulant \$116b
 Überweisungsschein (Muster 10) stationär/Rechnung an Einsender

ESR1 Liquid Biopsy – Anforderungsschein und Kostenübernahmeerklärung

Version 11/2023

Kontakt: Tel: 0231/9572-7210 E-Mail: genetik@labmed.de

Probenmaterial

- Streck Cell-Free DNA BCT®:

Klinische Angaben / Anamnese (* Bitte nähere Angaben machen und ggf. Unterlagen beifügen.)

- Diagnose auf Estrogenrezeptor-positivem, HER2-negativem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Brustkrebs
-

Gewünschte molekulargenetische Untersuchung

ESR1-Mutationsdiagnostik zur Therapieplanung mit Elacestrant bei Estrogenrezeptor-positiven, HER2-negativen, lokal fortgeschrittenen oder metastasiertem Brustkrebs nach mindestens einer endokrinen Therapielinie (einschließlich eines CDK4/6 Inhibitors)

Bitte führen Sie die genannte Untersuchung durch (Auswahl ankreuzen):

- sobald mir, der Patientin/ dem Patient, die Kostenübernahmeerklärung meiner Krankenkasse vorliegt und ich das Labor darüber informiert habe, dass mit der Analyse begonnen werden kann. (Telefonische Benachrichtigung des Labors unter 0231/9572–6618),

ODER

- sofort nach Eingang des Probenmaterials im Labor. Die Kosten in Höhe von 369,32 € werden mir, der Patientin / dem Patienten als Selbstzahlerleistung getragen.

Die oben genannte, von meiner verantwortlichen Ärztin / meinem verantwortlichen Arzt genannte Untersuchung möchte ich als Privatpatient in Anspruch nehmen. Dieser Wunsch ist nicht durch meine Ärztin /meinen Arzt beeinflusst worden. Die von mir gewünschte Leistung ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Ich wurde darüber informiert, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Die Kosten des Tests sind von mir privat zu bezahlen. Es handelt sich um eine Vereinbarung zur privatärztlichen Behandlung gem. §18 ABS. 9BMV-Ä.

Ort, Datum

Name in Druckschrift und Unterschrift **Patientin/Patient** bzw. gesetzl. Vertretung

Name/Stempel und Unterschrift verantwortliche/r **Ärztin/Arzt**