

Untersuchungsanforderung - Nachanforderung

Patientendaten

Familienname:

Vorname: m/w:

Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.:

AZ/Fallzahl:

Einsenderangaben/Stempel

Arzt/Ärztin:

Klinik/Abteilung:

Tel.Nr.:

Unterschrift:

Gebührenklasse: Allgemein Sonderklasse

Behandlung: stationär ambulant

Organ

Lokalisation:

Datum der Anforderung

Pathologie

Eingangsdatum/-zeit

E-Nummer (falls bekannt):

Die*der Einsenderin*Einsender bestätigt mit ihrer*seiner Unterschrift, dass die*der Patient*in mit der Übermittlung ihrer*seiner Gewebeproben (Schnitte/Blöcke) und ihrer*seiner dazu vorhandenen Befunde zum Zweck der Durchführung der angeforderten Untersuchung an das Diagnostik- & Forschungsinstitut für Pathologie einverstanden ist.
Nach Durchführung der nachangeforderten Untersuchung wird das verbleibende Untersuchungsmaterial an das ursprüngliche Institut retourniert.

E-Nr.
BARCODE

E-Nr.
BARCODE

Untersuchungen:

Für alle molekularpathologischen Nachanforderungen, bitte **zusätzlich** die entsprechende Untersuchungsanforderung der Molekularpathologie und ggf. die Einverständniserklärung verwenden.

Diese sind zu finden unter: <https://pathologie.medunigraz.at/fuer-einsenderinnen>

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Östrogenrezeptor | <input type="checkbox"/> ROS1 |
| <input type="checkbox"/> Progesteronrezeptor | <input type="checkbox"/> PD-L1 SP263 |
| <input type="checkbox"/> HER2/neu | <input type="checkbox"/> PD-L1 SP142 |
| <input type="checkbox"/> Mismatch repair Analyse (MMR/MSI) | <input type="checkbox"/> PD-L1 22C3 |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | <input type="checkbox"/> PD-L1 28-8 |

**Untersuchungs-
material:**
(Blocknummer)

Klinische Diagnosen/Fragestellungen: