

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):

Untersuchungen:

- Östrogenrezeptor
- Progesteronrezeptor
- HER2/neu
- ROS1
- PD-L1 SP263
- PD-L1 SP142
- PD-L1 22C3
- PD-L1 28-8
- Mismatch repair Analyse (MMR/MSI)
- Sonstige:

E-Nr.
BARCODE

**Untersuchungs-
material:**
(Blocknummer)

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

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

Klinische Diagnosen/Fragestellungen:

Der Patient / die Patientin wurde darüber informiert, dass der Befund an den Einsender bzw. die einsendende Abteilung retourniert wird und erklärt sich damit einverstanden