

Vorname m  w  d   
 Nachname des Patienten  
 Adresse geboren am  
 T T M M J J J J J  
 E-Mail Adresse des Patienten  
 Mobilfunknummer des Patienten

Praxisstempel

**Abnahmedatum:**  
Volumen insgesamt **15 ml EDTA**

Eine möglichst vollständig ausgefüllte Anamnese (z.B. beigefügter Arztbrief) verbessert die personalisierte Befundinterpretation

### Anamnese

Erstdiagnose:	am	Therapien:	
Tumorformel:		1. Therapie:	von bis
pT___ pN___ M___ R___ ER___ PR___ HER2/neu___		2. Therapie:	von bis
Operation:	am	Aktuelle Therapie:	
Rezidiv:	festgestellt am	Beginn	geplantes Ende

Ich befinde mich aktuell  vor Therapiebeginn  unter Therapie  unter Hormontherapie  \_\_\_ Monate nach Therapieende

**maintrac® Zellzählung** (Patentiert nach 15 186743.9-1126/312835)  
 zirkulierende Tumorzellen (Basisuntersuchung)

**stemtrac® Tumorsphären**  
 zirkulierende Krebsstammzellen

**maintrac® Wirkstofftestung**  zirkulierende Tumorzellen  zirkulierende Krebsstammzellen (zzgl. 1x Basisuntersuchung)

**häufig gefragte Wirkstoffe**

<input type="radio"/> Docetaxel	<input type="radio"/> Paclitaxel
<input type="radio"/> Epirubicin	<input type="radio"/> Doxorubicin
<input type="radio"/> Gemcitabin	<input type="radio"/> Vinorelbin
<input type="radio"/> Cyclophosphamid	<input type="radio"/> Carboplatin
<input type="radio"/> 5-Fluorouracil	<input type="radio"/> Oxaliplatin
<input type="radio"/> Cisplatin	<input type="radio"/> Irinotecan

weitere Wirkstoffe:

Wirkstoffkombination aus:

Bitte schicken Sie eine Tagesdosis der zu testenden Wirkstoffe mit und geben Sie den Hersteller an. Bei weiteren Wirkstoffen halten Sie gerne Rücksprache mit dem Labor

häufig gefragte Wirkstoffe	Tagesdosis	Tagesdosis
<input type="radio"/> Curcumin		<input type="radio"/> Oliphenolia
<input type="radio"/> Artesunat		<input type="radio"/> Salinomycin
<input type="radio"/> Vitamin C		<input type="radio"/> Helixor A <input type="radio"/> M <input type="radio"/> PO
<input type="radio"/> Resveratrol		<input type="radio"/> Iscador M <input type="radio"/> Q <input type="radio"/> U <input type="radio"/> P <input type="radio"/> O

**Wirkstoff-Pakete** (bitte oben Wirkstoffe auswählen)

3 Wirkstoffe  5 Wirkstoffe  7 Wirkstoffe

**Hyperthermie** (Preis zzgl. 1x Basisuntersuchung)

Temperatur:  ohne Wirkstoffe  in Kombination mit Wirkstoffen

Wirkstoffe:

## maintrac® Therapierelevante Tumorzelleigenschaften

(Preis zzgl. 1x Basisuntersuchung)

- ER (Östrogenrezeptor)
- PR (Progesteronrezeptor)
- AR (Androgenrezeptor)
- Her2/neu-Amplifikation (FISH)
- EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor)
- EGFR-Amplifikation (FISH)
- VEGFR2 (Vascular Endothelial Growth Factor Receptor)
- c-Kit (Stammzellfaktor-Rezeptor)

- PSA (Prostata-spezifisches Antigen)
- PSMA (Prostata-spezifisches Membranantigen)
- Ki67 (Proliferationsmarker)
- PD-L1 (Programmed Death Ligand-1)
- B7-H3 (Oberflächenantigen CD 276)
- PLAP (Plazentare alkalische Phosphatase) (Sarkom)
- Mel A / Melan A (Melanom)
- IGFR (Insulin-like Growth Factor Receptor)

## Therapierelevante Tumorzelleigenschaften Pakete

(Preis inkl. 1x Basisuntersuchung)

- Brust (ER, PR, Her2/neu Amplifikation)
- Prostata (PSA, PSMA, B7-H3, AR)
- Lunge (EGFR Amplifikation, PD-L1)
- Eierstock (ER, PR)

- Magen (Her2/neu Amplifikation, c-Kit)
- Glioblastom (PLAP, EGFR-Amplifikation)
- Tumore unbekannter Herkunft (CUP)  
(Mel A, PLAP, ER, PSA/B7-H3)

## Weitere Untersuchungen

**thrombotrac\*** Thromboserisiko-Analyse (Gutachten). Bei Tumoren besteht erhöhtes Thromboserisiko.  
\* Parameter nicht im Geltungsbereich der Akkreditierung

Rücksprache erforderlich  
 Anforderung thrombotrac Fragebogen

## Versand

**Bitte füllen Sie den Untersuchungsauftrag vollständig aus und schicken diesen mit der beschrifteten Blutprobe (insgesamt 15ml EDTA) ungekühlt in einer unserer adressierten Versandboxen an das Labor Dr. Pachmann in Bayreuth.**

Bereits frankierte Päckchen können Sie ohne zusätzlichen Abholauftrag einem DHL Zusteller mitgeben oder bei jeder DHL Station abgeben. Das Päckchen sollte spätestens nach 48 - 72 Stunden im Fachlabor eintreffen. Lagerung und Versand bei Raumtemperatur (**Bitte NICHT kühlen!**)

### Wirtschaftliche Information / Kostenaufklärung

Ich wurde von meinem Therapeuten über den Umfang und die Kosten dieser Untersuchung ausführlich informiert, insbesondere darüber, dass ich mir vor der Untersuchung eine Kostenzusage meiner Krankenkasse einholen oder die Kosten selbst tragen muss, also die Kosten durch einen Dritten nicht oder nicht vollständig übernommen werden. Der Vergütungsanspruch richtet sich ausschließlich gegen den Patienten bzw. Rechnungsempfänger und ist nicht abhängig von einer möglichen Leistung durch Dritte. Mir ist bekannt, dass mein Therapeut berechtigt ist, seine Leistungen – also nicht die hier aufgeführten Leistungen – zusätzlich gesondert in Rechnung zu stellen. In Kenntnis dieser Tatsachen erkläre ich hiermit, dass die oben angegebene(n) Untersuchung(en) auf mein Verlangen hin durchgeführt wird / werden.

### Datenschutzerklärung (nach DSGVO) und Schweigepflichtentbindung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine personenbezogenen Daten und meine Behandlungsdaten elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet, genutzt und die zur Rechnungserstellung notwendigen Daten zum Zwecke der Rechnungserstellung sowie zur Einziehung und ggf. zur gerichtlichen Durchsetzung der Forderung an eine externe Abrechnungsstelle (der Name der Abrechnungsstelle kann im Labor Dr. Pachmann erfragt werden – Tel. 0921-850200) weitergegeben werden. Diese Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit für die Zukunft nach Art. 7, Abs. 3 der europäischen DSGVO widerrufen werden. Zu diesem Zwecke entbinde ich meinen Therapeuten sowie Herrn Dr. med. Ulrich Pachmann, Arzt für Transfusionsmedizin, Kurpromenade 2, 95448 Bayreuth sowie dessen Mitarbeiter ausdrücklich von der (ärztlichen) Schweigepflicht.

Als Patient steht es mir jederzeit frei, Einsicht in meine Patientenakte zu erhalten und meine Daten löschen zu lassen. Meine gespeicherten Daten werden gesetzeskonform aufbewahrt. Die zuständige datenschutzrechtliche Aufsichtsbehörde ist das Bayerische Landesamt für Datensch., Promenade 27, 91522 Ansbach, Tel: 0981-5313100, Email: poststelle@lda.bayern.de.

Datum, Unterschrift des Patienten

### Bitte senden Sie meine Laborergebnisse (Mehrfachnennung möglich)

per Post:  an meinen Therapeuten  an mich persönlich  
digital per Befundbox:  an meinen Therapeuten  an mich persönlich

Bei digitaler Zustellung per Befundbox benötigen wir zur Authentifizierung bitte die E-Mail-Adresse der jeweiligen Personen:

E-Mail Therapeut: .....

E-Mail Patient: .....

### Wenn der Zugangscod für die Befundbox per SMS zugesendet werden soll:

Mobilfunknummer Therapeut: .....

Mobilfunknummer Patient: .....

### Bitte senden Sie eine Erinnerung für die nächste Untersuchung per E-Mail

an meinen Therapeuten  an mich persönlich

Datum, Unterschrift des Therapeuten

Datum, Unterschrift des Patienten

### Verwendung meiner Blutprobe zu wissenschaftlichen Zwecken

Ich bin damit einverstanden, dass meine Blutprobe zusätzlich zu meinen Untersuchungen pseudonymisiert zu wissenschaftlichen Zwecken durch die SIMFO Spezielle Immunologie Forschung + Entwicklung GmbH, Kurpromenade 2, 95448 Bayreuth verwendet werden darf. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit für die Zukunft nach Art. 7 Abs. 3 der europäischen DSGVO widerrufen werden.

Datum, Unterschrift des Patienten

### Rechnungsinformationen

Name, Vorname des Rechnungsempfängers

.....

Praxis (Unternehmen)

.....

Adresse in Deutschland

.....

Datum, Unterschrift des Rechnungsempfängers

### Bitte senden Sie folgendes Informationsmaterial

- Untersuchungsaufträge maintrac
- Informationsmaterial maintrac
- Versandboxen maintrac:  1  2  5  10  20 Stk.

an folgende Adresse:

.....