

Untersuchungsauftrag

Labor Dr. Pachmann | Kurpromenade 2 | 95448 Bayreuth | DE | T: +49 921 850200 | F: +49 921 850203 | www.maintrac.de | maintrac@laborpachmann.de

Vorname m w d
 Nachname des Patienten
 Adresse geboren am
 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 _____

Tumorformel: pT____ pN____ M____ R____ ER____ PR____ HER2/neu____

Operation: _____ am _____

Rezidiv: _____ festgestellt am _____

Therapien:

1. Therapie: _____ von _____ bis _____

2. Therapie: _____ von _____ bis _____

Aktuelle Therapie: _____

Beginn _____ geplantes Ende _____

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

maintrac® Zellzählung

zirkulierende Tumorzellen (Basisuntersuchung)

stemtrac® Tumorsphären

zirkulierende Krebsstammzellen

maintrac® Wirkstofftestung (zzgl. 1x Basisuntersuchung)

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:

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:

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

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"/>	
<input type="radio"/> Resveratrol		<input type="radio"/> Iscador M <input type="radio"/> C <input type="radio"/>	

Seite 1 von 2 maintrac-UA-DE-oP, Version 2, Stand 09/2023, L-IU-U-maintrac-UA-DE-oP

maintrac® Therapierrelevante 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)
- IGFR (Insulin-like Growth Factor Receptor)

- 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)
- Apoptose-Nachweis (Tunel)

Therapierrelevante 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: 0981-531300, Email: poststelle@lda.bayern.de.

Datum, Unterschrift des Patienten

Bitte senden Sie meine Laboregebnisse (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 2-Faktor-Authentifizierung bitte die E-Mail-Adresse und Mobilfunknummer der jeweiligen Personen:

E-Mail Therapeut:

Mobilfunknummer Therapeut:

E-Mail Patient:

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: