

Name, Vorname des Patienten m w

Adresse des Patienten geboren am

E-Mail Adresse des Patienten

Mobilfunknummer des Patienten

Praxisadresse bzw. -stempel

Bitte bezüglich der sicheren Datenübermittlung nach DSGVO Rückseite beachten!

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

Therapieüberwachung

Basisuntersuchung (maintrac Zellzählung) je € 208,98

Vor Therapiebeginn Unter Therapie Bei Therapieende

Unter Hormontherapie _____ Monate nach Therapieende

Tumorrelevante Untersuchungen

(Preis inkl. 1x maintrac Zellzählung)

<input type="radio"/> Brust (ER, PR, HER2/neu Amplifikation) € 763,82	<input type="radio"/> Magen (HER2/neu, c-Kit) € 649,78
<input type="radio"/> Prostata (PSA, PSMA, B7-H3, AR) € 912,17	<input type="radio"/> Sarkom (PLAP) € 397,61
<input type="radio"/> Lunge (EGFR Amplifikation) € 440,25	<input type="radio"/> Glioblastom (PLAP, EGFR) € 649,77
<input type="radio"/> Eierstock (ER, PR) € 607,13	<input type="radio"/> Tumore unbekannter Herkunft (ACUP) € 912,17
<input type="radio"/> Melanom (Mel A) € 397,61	<input type="radio"/> (Mel A, PLAP, ER, PSA/B7-H3)

Zusatzuntersuchungen Therapierelevante Eigenschaften

(Preis zzgl. 1x maintrac Zellzählung)

<input type="radio"/> HER2/neu-Amplifikation (FISH) + € 280,19	<input type="radio"/> PSMA (Prostata-spezifisches Membranantigen) + € 232,81
<input type="radio"/> EGFR-Amplifikation (FISH) + € 280,19	<input type="radio"/> B7-H3 (Oberflächenantigen CD 276) + € 232,81
<input type="radio"/> Apoptose-Nachweis (TUNEL) + € 211,03	<input type="radio"/> Ki67 (Wachstumsfraktion) + € 232,81
<input type="radio"/> Östrogenrezeptor (ER) + € 232,81	<input type="radio"/> EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) + € 232,81
<input type="radio"/> Progesteronrezeptor (PR) + € 232,81	<input type="radio"/> VEGFR2 (Vascular Endothelial Growth Factor Receptor) + € 232,81
<input type="radio"/> Androgenrezeptor (AR) + € 232,81	<input type="radio"/> c-Kit (Stammzellfaktor-Rezeptor) + € 232,81
<input type="radio"/> PSA (Prostata-spezifisches Antigen) + € 232,81	<input type="radio"/> PD-L1 (Immuntherapie) + € 232,81

stemtrac® Zirkulierende **Krebsstammzellen** (Tumorsphären)
Kultivierung über einen Zeitraum von bis zu 21 Tagen. **NEU** € 499,67 ohne Zellzählung

Wirkstofftestung

(je + € 315,25 zzgl. 1x maintrac Zellzählung)

Wirkstoff	Tagesdosis	Wirkstoff	Tagesdosis	Wirkstoff	Tagesdosis
<input type="checkbox"/> Docetaxel		Helixor A <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Kombinationstestung	
<input type="checkbox"/> Paclitaxel		Iscador M <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Cyclophosphamid		<input type="checkbox"/> Oliphenolia			
<input type="checkbox"/> Epirubicin		<input type="checkbox"/> Vitamin C			
<input type="checkbox"/> Doxorubicin		<input type="checkbox"/> Graviola		<input type="checkbox"/> weitere Wirkstoffe (Tagesdosis mitschicken)	
<input type="checkbox"/> 5-Fluoruracil		<input type="checkbox"/> DCA (Dichloracetat)			
<input type="checkbox"/> Gemcitabin		<input type="checkbox"/> Sulforaphan			
<input type="checkbox"/> Vinorelbin		<input type="checkbox"/> Hypericin			
<input type="checkbox"/> Cisplatin		<input type="checkbox"/> Curcumin		<input type="checkbox"/> Wirkstofftest unter Hyperthermie	Tagesdosis
<input type="checkbox"/> Carboplatin		<input type="checkbox"/> Artesunat			Temperatur
<input type="checkbox"/> Oxaliplatin		<input type="checkbox"/> Hyperthermie (Temperatur angeben)			

Wirkstofftestung im Paket (bitte oben auswählen)

3 Wirkstoffe	+ € 860,63	5 Wirkstoffe	+ € 1.379,22	7 Wirkstoffe	+ € 1.831,60
--------------	------------	--------------	--------------	--------------	--------------

Weitere Untersuchungen

<input type="checkbox"/> Immunstatus	Lymphozyten-Subpopulationen, NK-Zellen und Monozyten bei Sonderindikation 32011	€ 219,21 Kassenleistung
thrombotrac	Thromboserisiko-Analyse (Gutachten und Laboruntersuchung) Bei Tumoren besteht erhöhtes Thromboserisiko.	Rücksprache erforderlich <input type="checkbox"/> Anforderung thrombotrac Untersuchungsantrag.

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

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 Schweigepflichtbindung

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 Datenschutzaufsicht, Promenade 27, 91522 Aschbach, Tel: 0981-5313 00, Email: poststelle@lda.bayern.de.

Datum, Unterschrift des Patienten

Bitte senden Sie meine Laborergebnisse (Mehrfachnennung möglich)

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

Bei digitaler Zustellung per Befundbox:

E-Mail Patient:

E-Mail Therapeut:

Bitte senden Sie den **Verifizierungs-Code** für die **Befundbox**:

Bei Zusendung an den **Therapeuten**, per:

- SMS:
- Sprachanruf:
- Fax:

Bei Zusendung an den **Patienten**, per:

- SMS:
- Sprachanruf:
- Fax:

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

Bitte senden Sie folgendes Informationsmaterial zu:

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

an folgende Adresse:

Name, Vorname des **Rechnungsempfängers**

Praxis (Unternehmen)

Adresse in Deutschland

Datum, Unterschrift des Rechnungsempfängers

