

Liquid Biopsy

Name, Vorname, Ledigengname (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)	Bitte freilassen
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> Geburtsdatum T T M M J J <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> Geschlecht M W <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> </div>	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)	

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Auftraggeber/Spital <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> IV/SUVA	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär KK/Vers.: _____ Adresse: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung Tel.: _____ Kontakt: _____
--	--	---

Kopie(n) an:

Klinische Angaben: _____ _____ _____ _____	Bisherige Therapien: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere: Vorbefunde: <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> extern (Kopie beilegen)
Fragestellung: _____ _____ _____	

Untersuchungen an zellfreier Plasma-DNA (Liquid biopsy)

<input type="checkbox"/> Oncomine™ Pan-Cancer Cell-Free Assay
Untersuchungsmaterial: <input checked="" type="checkbox"/> 10 ml Vollblut in DNA Röhrchen, (STRECK, Cell-Free DNA BCT®, Ref. 218996)
Zu beachten: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Die entsprechenden Blutentnehmeröhrchen können über das Institut für Pathologie bezogen werden: pathologie@kssg.ch oder telefonisch unter +41 71 494 21 02 ➤ Probenmaterial unmittelbar nach Blutentnahme an Pathologie senden

Entnahmedatum/-zeit:

Stempel, Name und Unterschrift
 des einsendenden Arztes/Spitals