

## TESTANFORDERUNG

### Risikobewertung beim malignen Melanom

#### Informationen zum beauftragenden Arzt

Name, Vorname

Klinik/Zentrum, Abteilung

PLZ, Ort

Straße

Telefon

Fax

Email

#### Informationen zum Patienten

Name, Vorname

M  W

Geschlecht

Geburtsdatum

PLZ, Ort

Straße

Telefon

Fax

Email

#### Informationen zum Melanom: (vom beauftragenden Arzt auszufüllen und eine **Kopie des Pathologiereports** beilegen)

Diagnosedatum

 mm

Tumordicke

Lymphknotenstatus

Ja  Nein

Ulzeration

AJCC-Stadium

#### Informationen zum Pathologen, von dem die Gewebeprobe (Paraffinblock) angefordert und, wenn nötig, zurückgesendet werden kann

Name, Vorname

Klinik/Zentrum, Abteilung

PLZ, Ort

Straße

Telefon

Fax

Email

#### Aufklärung und Befundzustellung

Der MelaGenix Test liefert, ergänzend zum konventionellen AJCC-Staging, validierte Informationen zum Rückfallrisiko, zur Überlebenswahrscheinlichkeit und zur Therapiebedürftigkeit. Der Befund ist eine Wahrscheinlichkeitsberechnung mit einer statistischen Fehlerrate; eine Haftung wird daher nicht übernommen.

#### Befundzustellung per:

Post  Fax  Email

#### Ärztliche Autorisierung

Ich beehdele diese/n Patientin/en, habe den MelaGenix Test mit ihm/ihr besprochen und erteile den Auftrag, weil ich die Testung aus medizinischen Gründen als notwendig für die weitere Behandlung dieser/s Patientin/en erachte. Ich gehe davon aus, dass der MelaGenix Test hierfür patientenbezogene prognostische Informationen liefern wird, die bisher nicht vorliegen. Der Auftrag ist Teil der Patientenakte.

Beauftragender Arzt

Ort, Datum

#### Patienten(innen)einwilligung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass der MelaGenix Test mit meinem Melanom-Gewebe durchgeführt wird. Ich bin darüber informiert, dass mir die Kosten des Tests von meinem Arzt in Rechnung gestellt werden. Ich bin über die medizinische Bedeutung und die potenziellen therapeutischen Konsequenzen des Tests aufgeklärt worden. Ich bin mit der wissenschaftlichen Verwertung der Gewebeprobe/Ergebnisse in anonymisierter Form einverstanden.

Patient/in

Ort, Datum