

Patient

Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:			
Strasse / Nr.:			
PLZ:	Ort:		
Telefonnummer:			
E-Mail:			

Verschreiber / Klinik

Name:			
Vorname:			
Klinik:			
Strasse / Nr.:			
PLZ:	Ort:		
Telefonnummer:			
E-Mail:			

Berichtszustellung

Senden Sie den Bericht per E-Mail an: _____ (nur HIN-verschlüsselte E-Mail-Adressen)*

*Eine Kopie des Berichts muss immer an das Unilabs Genetics Labor (genetics.ch@unilabs.com) geschickt werden.

Rechnung

Rechnung an Verschreiber Patient (Krankenkasse: _____)

Klinische Informationen (zwingend ausfüllen)

Wurde beim Vater oder einem der Brüder / Söhne des Patienten Prostatakrebs diagnostiziert?

Ja Nein Unbekannt

Nimmt der Patient oder hat er während der letzten drei Monate regelmässig eines der folgenden Medikamente eingenommen: Avodart, Dutasterid, Proscar oder Finasterid?

Ja Nein Unbekannt

Gab es vom Patienten bereits eine Prostatabiopsie?

Ja Nein Unbekannt

Kostenübernahme

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass der Test in der Schweiz neu ist. In der Regel übernimmt die Krankenkasse die Kosten für den Test. Es ist aber möglich, dass meine Krankenkasse es ablehnt die Kosten im Rahmen der Grundversicherung und/oder allfälliger Zusatzversicherung zu übernehmen.

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, sollte meine Krankenkasse die Kosten nicht übernehmen, die Laborkosten für den Stockholm3-Test in Höhe von CHF 502.- selbst zu tragen.

Ort / Datum

Unterschrift Patient

Probe

Senden Sie in dem vorfrankierten Umschlag zwei (2) mit dem Blut des Patienten gefüllte 4-ml-EDTA-Röhrchen an:

Institut für histologische und zytologische Diagnostik AG
Stockholm3
Dr. med. Milo Horcic
Talstrasse 2
8702 Zollikon



2 x 4 ml EDTA
(Artikel-Nr. im
Unilabs-Webshop:
454209)

Bitte keine Einsendung vor einem Wochenende oder vor einem Feiertag!

Bei Unsicherheit oder Fragen kontaktieren Sie bitte +41 (0) 21 321 40 51.

Datum der Entnahme:

Uhrzeit der Entnahme:

Arzt-/Klinik-Stempel