

Paziente

Cognome:			
Nome:			
Data di nascita:			
Via / N.:			
Codice postale:		Città:	
Telefono:			
E-Mail:			

Medico prescrittore / Clinica

Cognome:			
Nome:			
Clinica:			
Via / N.:			
Codice postale:		Città:	
Telefono:			
E-Mail:			

Consegna del rapporto

Invia il report via e-mail a: _____ (Solo indirizzi e-mail crittografati HIN)*

*Copia del rapporto deve essere sempre inviata al Laboratorio di Genetica Unilabs (genetics.ch@unilabs.com).

Fatturazione

Fattura al Medico Paziente (cassa malati: _____)

Informazioni cliniche (compilazione obbligatoria)

Al padre o ai fratelli/figli del paziente è stato diagnosticato un cancro alla prostata? Sì No Sconosciuto

Il paziente sta assumendo o ha assunto regolarmente uno dei seguenti medicinali negli ultimi tre mesi: Avodart, Dutasteride, Proscar o Finasteride? Sì No Sconosciuto

Il paziente ha già fatto una biopsia prostatica? Sì No Sconosciuto

Assunzione dei costi

Sono stato informato che il test è nuovo in Svizzera. In genere, la cassa malati copre i costi del test. Tuttavia, è possibile che la mia cassa malati rifiuti di coprire i costi nell'ambito dell'assicurazione di base e/o di un'eventuale assicurazione complementare.

Con la presente confermo di essere disposto a sostenere i costi di laboratorio per il test di Stockholm3 per un importo di CHF 502.- se la mia cassa malati non copre i costi.

Luogo / Data

Firma del paziente

Campione

Nella busta prepagata, inviare due (2) provette EDTA da 4 ml riempite con il sangue del paziente a:

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



2 x 4 ml EDTA
(N. articolo nel
webshop Unilabs:
454209)

Non inviare campioni prima di un fine settimana o prima di un giorno festivo!

In caso di dubbi o domande, si prega di contattare il numero +41 (0) 21 321 40 51.

Data di raccolta del campione: _____ Ora della raccolta del campione: _____

Timbro medico/clinica