

Patient

Nom:			
Prénom:			
Date de naissance:			
Rue / N°:			
Code postal:		Ville:	
Numéro de téléphone:			
Adresse e-mail:			

Demandeur / Clinique

Nom:			
Prénom:			
Clinique:			
Rue / N°:			
Code postal:		Ville:	
Numéro de téléphone:			
Adresse e-mail:			

Distribution du rapport

Envoyer le rapport par e-mail à: _____ (uniquement une adresse e-mail chiffrée par HIN)*

*Une copie du rapport doit toujours être envoyée au Laboratoire de Génétique Unilabs (genetics.ch@unilabs.com).

Facturation

Facture au Demandeur Patient (Caisse maladie: _____)

Informations cliniques (remplissage obligatoire)

Le père du patient ou l'un de ses frères ou fils a-t-il reçu un diagnostic de cancer de la prostate ?

Oui Non Inconnu

Le patient prend-il ou a-t-il pris régulièrement l'un des médicaments suivants au cours des trois derniers mois : Avodart, Dutastéride, Proscar ou Finastéride ?

Oui Non Inconnu

Le patient a-t-il déjà subi une biopsie de la prostate ?

Oui Non Inconnu

Prise en charge des coûts

J'ai été informé que le test est nouveau en Suisse. En règle générale, l'assurance maladie prend en charge les frais du test. Il est toutefois possible que ma caisse d'assurance maladie refuse de prendre en charge les frais dans le cadre de l'assurance de base et/ou d'une éventuelle assurance complémentaire.

Je confirme par la présente que je suis prêt à prendre en charge les frais de laboratoire pour le test de Stockholm3 à hauteur de CHF 502.- si mon assurance maladie ne prend pas en charge les frais.

Lieu / Date

Signature du patient

Échantillon

Dans l'enveloppe préaffranchie, envoyez deux (2) tubes EDTA de 4 ml remplis de sang à:

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



2 x 4 ml EDTA
(N° d'article dans le
webshop
d'Unilabs: 454209)

Tampon du médecin / de la clinique

Ne pas envoyer de prélèvements le vendredi ou la veille d'une fête nationale ou cantonale !

En cas de doute, veuillez appeler le +41 (0) 21 321 40 51.

Date de collecte: _____

Heure de collecte: _____