

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten + Adresse		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Mecklenburgische Straße 27  
14197 Berlin

**Sekretariat**

Telefon 030/8200 7503  
Telefax 030/8200 7523

**Fachinformation und Probenhandling**

Telefon 030/8973 3111

info@novelcheck.de  
www.novelcheck.de

**In Kooperation mit der Cell-Lab GmbH**



**Untersuchungsauftrag zum Nachweis von Tumorzellen im peripheren Blut - CellSerach®-CTC-Test\* Tumordiagnostik**

Labor-Nr. des Einsenders: \_\_\_\_\_

Patient:  Männlich  Weiblich

**Über die spezielle Art des Labortests und die Höhe der Kosten fühle ich mich ausreichend aufgeklärt.**

**Datum/Ort**

**Unterschrift des Patienten**

Befundmitteilung per:  Fax: \_\_\_\_\_  Fax und Post: \_\_\_\_\_

Befundmitteilung an:  einsendender Arzt  Kopie an Patient/in

Klinische Angaben/Diagnose/Familienanamnese: \_\_\_\_\_

Metastasen bekannt, wenn ja Lokalisation:  viszeral  ossär \_\_\_\_\_

Untersuchungsmaterial: Min. 10 ml peripheres Blut nur in den dafür vorgesehenen speziellen „cell save tubes“

**Entnahmedatum:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit:** \_\_\_\_\_

**ACHTUNG:** Immer nur bei Raumtemperatur lagern - nicht kühlen!  
Proben bitte eindeutig kennzeichnen!

**Tumordiagnostik für**

- Mamma-CA\*
- Prostata-CA\* aktuelles PSA: \_\_\_\_\_ ng/ml
- kolorektales-CA\*

**Untersuchungsanlass**

- Verlaufskontrolle **vor** der Chemotherapie
- Verlaufskontrolle **während** der Chemotherapie
- Verlaufskontrolle **nach** der Chemotherapie
- CTC-Ausschluss vor kurativer Tumorchirurgie
- CTC-Ausschluss vor kurativer Tumorbestrahlung
- Nachsorge nach Operation/Strahlentherapie
- Nachsorge nach Chemotherapie

\*Der CellSearch®-CTC-Test separiert, identifiziert und quantifiziert zirkulierende Tumorzellen. Dieser Test ist in den USA als in vitro Diagnostiktest unter den strengen Regularien der FDA (Food and Drug Administration) für diese Tumorarten zugelassen.

Einsenderstempel/Absender überw. Art/Ärztin / Datum/Unterschrift überw. Arzt/Ärztin

NOVELCHECK Eingangsdatum:

  

NOVELCHECK LaborNr.

Dr. med. Jörg Schröder  
PD Dr. med. Frank König

**Wissenschaftlicher Beirat**

Dr. med. Lothar Müller  
Innere Medizin - Hämatonkologie

**Steuernummer**

13/520/63228

**Bankverbindung**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
BLZ 300 606 01  
Kontonummer 0107 474 601