



Laboranforderungsschein – M371-Test

(microRNA-371a-3p im Serum)

Begleitschein zur Probeneinsendung inkl. klinischer Angaben und Patienteneinwilligungen

Nur für den Laborgebrauch

Probeneingang (Datum/Uhrzeit): _____

Hämolyse sichtbar: ☐ nein ☐ ja

Bearbeiter/in: _____

1. Einsendender Arzt / Praxis

Name des Arztes / der Ärztin

Praxis / Klinik

Anschrift

Telefon

E-Mail (für Befundversand)

Datum der Anforderung

2. Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

E-Mail

3. Klinische Angaben zum Zeitpunkt der Blutentnahme

Diese Angaben helfen bei der korrekten Einordnung und Befunddokumentation. Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

Datum / Uhrzeit der Blutentnahme: _____, _____ (Uhr)



Klinischer Anlass der Testung

- ☐ Erstdiagnose / Abklärung einer unklaren Hodenraumforderung
- ☐ Verlaufskontrolle während laufender Chemotherapie
- ☐ Nachsorge / Kontrolle auf Rezidiv nach abgeschlossener Behandlung
- ☐ Beurteilung vor geplanter Operation (z. B. Resttumor, RPLND)
- ☐ Sonstiger Anlass: _____

Status der Orchiektomie

- ☐ Noch nicht erfolgt
- ☐ Erfolgt am: _____

Bekannte oder vermutete Histologie

- ☐ Seminom ☐ Nichtseminom ☐ Gemischter Tumor
- ☐ Teratom-Anteil bekannt oder vermutet ☐ Noch unbekannt / histologisch nicht gesichert

Bekanntes klinisches Stadium (falls bereits bekannt)

- ☐ CS I ☐ CS II ☐ CS III ☐ Noch nicht bekannt

Laufende Chemotherapie

- ☐ Nein ☐ Ja, wenn ja Zyklus Nr. _____, Datum der letzten Gabe: _____

Probenqualität des Serums

- Sichtbare Hämolyse der Probe: ☐ Nein ☐ Ja (Probe unbrauchbar, nicht einsenden)

Weitere bekannte Krebserkrankungen

- ☐ Nein ☐ Ja, welche: _____

Verdachts- bzw. Diagnose (Freitext)

4. Einwilligungen und Erklärungen des Patienten

4.1 Erklärung zur Kenntnisnahme der Kosten und Zahlungsverpflichtung

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass der M371-Test eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) ist und die Kosten in Höhe von 460,00 € nach GOÄ in der Regel nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Ich erkläre mich mit der privaten Kostenübernahme einverstanden, sofern keine Erstattung durch meine Krankenversicherung erfolgt.

- ☐ Ich bestätige, über die Kosten aufgeklärt worden zu sein, und erkläre mich zur Zahlung bereit.

Datum, Unterschrift des Patienten



4.2 Einwilligung zur elektronischen Befundübermittlung (DSGVO)

Der Befund wird grundsätzlich als passwortgeschütztes PDF an die einsendende Praxis übermittelt. Für die elektronische Befundübermittlung ist eine gesonderte Einwilligung durch den Patienten erforderlich.

- ☐ Patient ist mit einer elektronischen Befundübermittlung an die Praxis einverstanden.
- ☐ Befund bitte postalisch oder per Fax übermitteln: Fax Nr.: _____
- ☐ Patient wünsch zusätzlich die Befundübermittlung an seine persönliche E-Mail-Adresse

4.3 Ärztliche Freigabe: Befundübermittlung auch an den Patienten

(auszufüllen durch den einsendenden Arzt / die einsendende Ärztin)

- ☐ Zusätzliche Befundübermittlung an den Patienten gewünscht.
- ☐ Keine Befundübermittlung an den Patienten gewünscht.

4.4 Einwilligung zur anonymisierten Auswertung für Qualitätssicherung und Wissenschaft

Bei Zustimmung darf das Labor Ihre Messergebnisse in anonymisierter Form (ohne Rückschluss auf Ihre Person) für die interne Qualitätssicherung sowie für wissenschaftliche Auswertungen verwenden. Stimmen Sie nicht zu, entstehen Ihnen dadurch keinerlei Nachteile. Diese Einwilligung ist freiwillig. Unabhängig von Ihrer Entscheidung wird der Test wie angefordert durchgeführt.

- ☐ Ja, ich willige in die anonymisierte Verwendung meiner Daten und Ergebnisse ein.
- ☐ Nein, ich willige nicht ein.

5. Unterschriften

Datum, Unterschrift des Patienten (Hinweis: Patient muss auch auf Seite 2 unterschreiben)

Datum, Unterschrift und Praxisstempel des einsendenden Arztes / der einsendenden Ärztin