

Anforderungsschein

Tumor-Chemosensitivitätstest zur Optimierung einer Chemotherapie

L.a.n.c.e.

Laborgemeinschaft
für angewandte
Cytostatikaevaluation

L.a.n.c.e.
Laborgemeinschaft für angewandte
Cytostatikaevaluation
Priv. Doz. Dr. med. Christian Kurbacher
Prof. Dr. med. Uwe Reinhold
Dr. med. Wolfgang Nagel
Dr. med. Matthias Schmidt

Friedensplatz 16
53111 BONN
DEUTSCHLAND

Priv. Doz. Dr. med.
Christian Kurbacher
Prof. Dr. med.
Uwe Reinhold
Dr. med.
Wolfgang Nagel
Dr. med.
Matthias Schmidt

Friedensplatz 16
53111 BONN

Fon 0228-4335836
Fax 0228-4335837

info@lance.de
www.lance.de

➔ Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

weiblich männlich

Datum der Probenentnahme: _____

➔ Informationen zur Tumorerkrankung:

Tumortyp: _____ Stadium/TNM-Klassifikation: _____

Ersterkrankung Rezidiv

Materialgewinnung: OP-Material Biopsie

Datum der Ersterkrankung: _____ Körperhöhlenpunktion (Aszites/Pleuraerguss; ca. 1 Liter)

Material aus: Primärtumor Lymphknoten Metastase (Lokalisation: _____)

➔ Vorbehandlung mit Cytostatika: Nein Ja (Datum: _____)(Therapieschemata: _____)

➔ Wichtige Hinweise zu Probenvorbereitung und Transport:

1. Bitte das Tumormaterial (OP-Material, ca. 1g, "Fingerkuppengröße") sofort in die mit einem sterilen Medium (z.B. NaCl-Lösung oder Ringer-Lösung) befüllten Transporteinheiten geben.
2. Das Probenmaterial kann bis zum Transport im Kühlschrank gelagert werden, darf jedoch auf keinen Fall eingefroren bzw. mit Formalin versetzt werden!
3. **Wichtig:** Proben müssen **innerhalb von 24 Stunden (Montag bis Donnerstag)** bei L.a.n.c.e. eintreffen!
4. Bitte kündigen Sie den Versand der Probe telefonisch bis spätestens 24 Stunden **vor** der Einsendung im L.a.n.c.e.-Labor an (Telefon: 0228-4335836).
5. Bitte fügen Sie die separate Einverständniserklärung des Patienten jedem Probenversand bei. Danke!

➔ Testumfang:

- Eine Testserie (bis zu sieben (7) Cytostatika oder Kombinationen)
- Zwei Testserien (bis zu vierzehn (14) Cytostatika oder Kombinationen)
- Drei Testserien (bis zu einundzwanzig (21) Cytostatika oder Kombinationen)

Die Auswahl der zu testenden Regime erfolgt, in Abhängigkeit von der Indikation und der eventuellen Vorbehandlung, durch die ärztlichen Leiter von L.a.n.c.e.
Spezielle Wirkstofftestungen geben Sie bitte hier gesondert an: _____

Stempel des Einsenders

Patienten-Code/Aufkleber

**Einverständniserklärung und Auftrag des Patienten
zur privatärztlichen Leistung und Abrechnung des
Tumor-Chemosensitivitätstest zur Optimierung einer Chemotherapie**

Laborgemeinschaft
für angewandte
Cytostatikaevaluation

L.a.n.c.e.
Laborgemeinschaft für angewandte
Cytostatikaevaluation
Priv. Doz. Dr. med. Christian Kurbacher
Prof. Dr. med. Uwe Reinhold
Dr. med. Wolfgang Nagel
Dr. med. Matthias Schmidt

Priv. Doz. Dr. med.
Christian Kurbacher
Prof. Dr. med.
Uwe Reinhold
Dr. med.
Wolfgang Nagel
Dr. med.
Matthias Schmidt

Friedensplatz 16
53111 BONN
DEUTSCHLAND

Friedensplatz 16
53111 BONN

Fon 0228-4335836
Fax 0228-4335837

info@lance.de
www.lance.de

Formular für privat versicherte Patienten

Name: _____
Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Einsendende Klinik: _____
Behandelnder Arzt: _____

Stempel der Klinik/des Arztes

Ich wurde durch Herrn/Frau Dr. _____ am _____ über den Nutzen und die Kosten des ATP-TCA (Tumor-Chemosensitivitätstest) einschließlich der zu erwartenden Ergebnisse und Interpretationsmöglichkeiten und -grenzen aufgeklärt.

Die nachstehend angekreuzte Testserie einschließlich der aufgeführten Leistungen wird auf meinen ausdrücklichen Wunsch in Auftrag gegeben. Mit den folgenden Kosten und dem folgenden Abrechnungsmodus bin ich einverstanden:

Eine Testserie
(bis zu sieben (7) Cytostatika oder Kombinationen) für insgesamt **1.300,77 €**
Dieser Betrag beinhaltet die Kosten für ein Testkit für zytostatische Funktionsprüfung in Höhe von 511,39 € (7er-Testreihe) sowie die Kosten folgender Leistungen in Höhe von 789,38 €:

Zwei Testserien
(bis zu vierzehn (14) Cytostatika oder Kombinationen) für insgesamt **1.809,28 €**
Dieser Betrag beinhaltet die Kosten für ein Testkit für zytostatische Funktionsprüfung in Höhe von 1.019,90 € (14er-Testreihe) sowie die Kosten folgender Leistungen in Höhe von 789,38 €:

Drei Testserien
(bis zu einundzwanzig (21) Cytostatika oder Kombinationen) für insgesamt **2.317,80 €**
Dieser Betrag beinhaltet die Kosten für ein Testkit für zytostatische Funktionsprüfung in Höhe von 1.528,42 € (21er-Testreihe) sowie die Kosten folgender Leistungen in Höhe von 789,38 €:

GOÄ (Gebühren-Nr.)	Text	Faktor GOÄ
4003	Dichtegradientenzentrifugation (§ 5 Zeit: personalintensive Aufarbeitung)	1,30
4873A	Aufarbeitung und Dissoziation von Tumorgewebe (§ 5 Zeit: überdurchschnittlicher technischer Aufwand)	2,50
4852	Zytologie von Zellsuspension (§ 5 Zeit: erschwerte Umstände)	2,50
3505	Mikroskopische Einzelbestimmung (§ 5 Zeit: personalintensive Untersuchung)	1,30
3509	Tumorzellbestimmung mittels Trypanblau (§ 5 Zeit: personalintensive Untersuchung)	1,30
3700	Zytostatikaprüfung an Zellsuspension/Tumorstammzellenassay (§ 5 Zeit: personalintensive Untersuchung)	1,30
75	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht (§ 5 Zeit: außergewöhnlicher ärztlicher Aufwand)	3,50
85	Schriftliche gutachterliche Äußerung (§ 5 Zeit: ausführliche Besprechung der therapeutischen Konsequenz)	3,50

- Die Leistung gilt auch dann als erbracht, wenn aufgrund mangelnden Zellwachstums keine Interpretation möglich ist.
- Ich bin damit einverstanden, dass nicht mehr benötigtes Biopsiematerial zur Weiterentwicklung der Tumorthherapie verwendet werden kann.
- Die aufgeführten Leistungen werden mir von L.a.n.c.e. in Rechnung gestellt und von mir gezahlt.
Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.
- Ich bin damit einverstanden, dass mir eine Kopie dieses Vertrages nach Gegenzeichnung durch den Arzt der Laborgemeinschaft und nach Erbringung der Leistung zusammen mit der Rechnung zugesandt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin der Laborgemeinschaft

**Einverständniserklärung und Auftrag des Patienten
zur privatärztlichen Leistung und Abrechnung des
Tumor-Chemosensitivitätstest zur Optimierung einer Chemotherapie**

Laborgemeinschaft
für angewandte
Cytostatikaevaluation

Priv. Doz. Dr. med.
Christian Kurbacher
Prof. Dr. med.
Uwe Reinhold
Dr. med.
Wolfgang Nagel
Dr. med.
Matthias Schmidt

L.a.n.c.e.
Laborgemeinschaft für angewandte
Cytostatikaevaluation
Priv. Doz. Dr. med. Christian Kurbacher
Prof. Dr. med. Uwe Reinhold
Dr. med. Wolfgang Nagel
Dr. med. Matthias Schmidt

Friedensplatz 16
53111 BONN

Fon 0228-4335836
Fax 0228-4335837

Friedensplatz 16
53111 BONN
DEUTSCHLAND

info@lance.de
www.lance.de

Formular für gesetzlich versicherte Patienten

Name: _____
Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Einsendende Klinik: _____
Behandelnder Arzt: _____

Stempel der Klinik/des Arztes

Ich wurde durch Herrn/Frau Dr. _____ am _____ über den Nutzen und die Kosten des ATP-TCA (Tumor-Chemosensitivitätstest) einschließlich der zu erwartenden Ergebnisse und Interpretationsmöglichkeiten und -grenzen aufgeklärt.

Die nachstehend angekreuzte Testserie einschließlich der aufgeführten Leistungen wird auf meinen ausdrücklichen Wunsch in Auftrag gegeben. Mit den folgenden Kosten und dem folgenden Abrechnungsmodus bin ich einverstanden:

Eine Testserie
(bis zu sieben (7) Cytostatika oder Kombinationen) für insgesamt **1.300,77 €**
Dieser Betrag beinhaltet die Kosten für ein Testkit für zytostatische Funktionsprüfung in Höhe von 511,39 € (7er-Testreihe) sowie die Kosten folgender Leistungen in Höhe von 789,38 €:

Zwei Testserien
(bis zu vierzehn (14) Cytostatika oder Kombinationen) für insgesamt **1.809,28 €**
Dieser Betrag beinhaltet die Kosten für ein Testkit für zytostatische Funktionsprüfung in Höhe von 1.019,90 € (14er-Testreihe) sowie die Kosten folgender Leistungen in Höhe von 789,38 €:

Drei Testserien
(bis zu einundzwanzig (21) Cytostatika oder Kombinationen) für insgesamt **2.317,80 €**
Dieser Betrag beinhaltet die Kosten für ein Testkit für zytostatische Funktionsprüfung in Höhe von 1.528,42 € (21er-Testreihe) sowie die Kosten folgender Leistungen in Höhe von 789,38 €:

GOÄ (Gebühren-Nr.)	Text	Faktor GOÄ
4003	Dichtegradientenzentrifugation (§ 5 Zeit: personalintensive Aufarbeitung)	1,30
4873A	Aufarbeitung und Dissoziation von Tumorgewebe (§ 5 Zeit: überdurchschnittlicher technischer Aufwand)	2,50
4852	Zytologie von Zellsuspension (§ 5 Zeit: erschwerte Umstände)	2,50
3505	Mikroskopische Einzelbestimmung (§ 5 Zeit: personalintensive Untersuchung)	1,30
3509	Tumorzellbestimmung mittels Trypanblau (§ 5 Zeit: personalintensive Untersuchung)	1,30
3700	Zytostatikaprüfung an Zellsuspension/Tumorstammzellenassay (§ 5 Zeit: personalintensive Untersuchung)	1,30
75	Ausführlicher schriftlicher Befundbericht (§ 5 Zeit: außergewöhnlicher ärztlicher Aufwand)	3,50
85	Schriftliche gutachterliche Äußerung (§ 5 Zeit: ausführliche Besprechung der therapeutischen Konsequenz)	3,50

• Ich wurde darüber unterrichtet, dass diese von mir gewünschten ärztlichen Leistungen nicht zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören und daher von meiner Krankenkasse keine durch diese Leistungen entstehenden Kosten übernommen werden.

- Die Leistung gilt auch dann als erbracht, wenn aufgrund mangelnden Zellwachstums keine Interpretation möglich ist.
- Ich bin damit einverstanden, dass nicht mehr benötigtes Biopsiematerial zur Weiterentwicklung der Tumorthapie verwendet werden kann.
- Die aufgeführten Leistungen werden mir von L.a.n.c.e. in Rechnung gestellt und von mir gezahlt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mir eine Kopie dieses Vertrages nach Gegenzeichnung durch den Arzt der Laborgemeinschaft und nach Erbringung der Leistung zusammen mit der Rechnung zugesandt wird.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Patientin

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin der Laborgemeinschaft