

Vorname

Geb.-Dat.

Telefon

e-mail

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Arbeitgeber

Ich beauftrage die Bioxsys GmbH, an meinem Tmormaterial immunhistologische und molekularebiologische Untersuchungen durchzuführen.

Einzelanalyse

bitte ankreuzen →

| | Betrag |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> Östrogenrezeptor α | 80,44 € |
| <input type="checkbox"/> Östrogenrezeptor β | 80,44 € |
| <input type="checkbox"/> Progesteronrezeptor A+B | 80,44 € |
| <input type="checkbox"/> Cyclin E | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> Keratin 18 | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> Vimentin | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> Ki-67 | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> Cyclooxygenase 2 (COX2) | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> Thymidinphosphorylase (TP) | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> VEGF | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> EGFR | 80,44 € |
| <input type="checkbox"/> HER 2 Proteinexpression | 80,44€ |
| <input type="checkbox"/> Genamplifikation | 204,59 € |
| <input type="checkbox"/> c-kit/CD117 | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> wissenschaftlicher Bericht | 67,02 € |

Onkobiogramm

| | Betrag |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Östrogenrezeptor α | 80,44 € |
| <input type="checkbox"/> Östrogenrezeptor β | 80,44 € |
| <input type="checkbox"/> Progesteronrezeptor A+B | 80,44 € |
| <input type="checkbox"/> Cyclin E | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> Keratin 18 | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> Vimentin | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> Ki-67 | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> Cyclooxygenase 2 (COX2) | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> Thymidinphosphorylase (TP) | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> VEGF | 46,92 € |
| <input type="checkbox"/> EGFR | 80,44 € |
| <input type="checkbox"/> HER 2 Proteinexpression | 80,44 € |
| <input type="checkbox"/> Genamplifikation | 204,59 € |
| <input type="checkbox"/> detaillierte Anamnese | 60,33 € |
| <input type="checkbox"/> wissenschaftlicher Bericht | 67,02 € |
| | 1.062,58 € |

Persönliche Erklärung der Patientin / des Patienten

Hiermit erkläre ich ausdrücklich, daß ich die private Behandlung von außervertraglichen Leistungen wünsche. Es ist mir bekannt, daß meine Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Mir ist bekannt, daß meine Krankenkasse die o.g. Leistungen nur zum Teil oder gar nicht erstatten muß. Ich bin darauf hingewiesen worden, daß die Kosten für die private Behandlung von mir selbst zu tragen sind. Sie werden gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihr Einverständnis zur Durchführung der kostenpflichtigen Untersuchung zu erteilen. Eine Gewährleistung im Hinblick auf eine Behandlung basierend auf o.g. Onkobiogramm ist ausgeschlossen.

Ich bin damit einverstanden, daß sich medizinische Mitarbeiter von bioxsys in regelmäßigen Abständen bei mir nach meinem Befinden erkundigen und meine Daten wissenschaftlich auswerten.

Ort, Datum

Unterschrift