



Auftrag für Stockholm3-Test

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/ Wohnort _____

Klinische Informationen (zwingend auszufüllen)

Alter des Patienten zum Zeitpunkt der Blutentnahme: _____ Jahre

Wurde beim Vater oder einem der Brüder/ Söhne des Patienten
Prostatakrebs diagnostiziert? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Nimmt der Patient oder hat er während der letzten drei Monate,
regelmässig eines der folgenden Medikamente eingenommen:
Avodart, Dutasterid, Proscar oder Finasterid? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Gab es vom Patienten bereits eine Prostatabiopsie? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Kostenübernahme

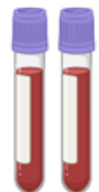
Ich wurde darüber aufgeklärt, dass der Test in der Schweiz neu ist. In der Regel übernimmt die
Krankenkasse die Kosten für den Test. Es ist aber möglich, dass meine Krankenkasse es ablehnt
die Kosten im Rahmen der Grundversicherung und/oder allfälliger Zusatzversicherungen zu
übernehmen.

Hiermit bestätige ich, dass ich bereit bin, sollte meine Krankenkasse die Kosten nicht übernehmen,
die Laborkosten für den Stockholm3-Test in Höhe von CHF 502.- selbst zu tragen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift Patient: _____

Senden Sie im vorfrankierten Couvert **zwei (2) EDTA-Röhrchen à 5 ml** mit Patientenblut gefüllt

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



5 ml EDTA

Bitte keine Einsendung vor einem Wochenende oder vor einem Feiertag!

Bei Unsicherheit telefonische Nachfrage unter 044 444 34 00

Datum der Entnahme:

Name und Stempel des Arztes/Spitals:

Mail Bericht: _____
(nur HIN-verschlüsselte Mail-Adressen)