



## 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

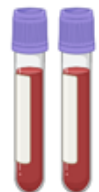
Ich wurde darüber aufgeklärt, dass der Test in der Schweiz neu ist. In der Regel übernimmt die  
Krankenkasse die Kosten für den Test. Es ist aber möglich, dass meine Krankenkasse es ablehnt  
die Kosten im Rahmen der Grundversicherung und/oder allfälliger Zusatzversicherungen zu  
übernehmen.

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)