

Arztdaten	
Name:	Tel.:
Praxis/Klinik:	ZSR:
Strasse/Nr.:	Fax:
PLZ/Ort:	Email:
Patientendaten	
Name:	Sprache: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I
Strasse/Nr.:	Grundversicherung:
PLZ/Ort:	Vers.-Nr.:
Geburtsdatum:	Zusatzversicherung:
Tel.:	Vers.-Nr.:

02082

- Prolaris® Test Deutsch (1 Packung) Artikelnr. 9112220**
- Prolaris® Test Französisch (1 Packung) Artikelnr. 9112238**
- Prolaris® Test Italienisch (1 Packung) Artikelnr. 9112237**

(HINWEIS: Wenn der Patient eine Beckenbestrahlung und/oder eine Androgen-Deprivation vor der Biopsie oder Prostatektomie erhalten hat, kann der Prolaris-Test nicht angefordert werden)

### Rückvergütung durch die Krankenkasse:

Hat der Patient eine ambulante Zusatzversicherung PRIMEO der Helsana-Gruppe (Helsana, Progrès, Sansan, Avanex) abgeschlossen?

- Ja Die Rückvergütung der Prolaris®-Testkosten erfolgt gemäss den Versicherungsbedingungen PRIMEO. Bitte zwingend Zusatzversicherungsnummer unter Patientendaten angeben.
- Nein Selbstzahler, aber Helsana-Versicherte profitieren dank der Partnerschaft zwischen Helsana und Myriad von einem besonderen Rabatt von 15% auf den empfohlenen Laborpreis von Prolaris.
- Nein Selbstzahler und nicht bei der Helsana versichert.

### Kostengutsprache:

- Kostengutsprache soll durch die MediService eingeholt werden (MediService übernimmt Erstellung, Einreichung und Verfolgung der Kostengutsprache bei der Krankenkasse)
- Eine Kostengutsprache wurde eingeholt (Bitte Kopie ebenfalls an obige Nummer faxen)

### Gewünschte Lieferfrist

- 2-3 Werktage  4-7 Werktage  Datum: \_\_\_\_\_

### Lieferadresse

- obige Patientenadresse \_\_\_\_\_
- obige Arztadresse \_\_\_\_\_
- andere Lieferadresse (nebenstehend) \_\_\_\_\_

### Unterschrift des Arztes

Datum

Stempel / Unterschrift

### Wichtig:

Der Patient hat dem Bezug über MediService, der Rezeptübermittlung per Fax zugestimmt (bitte mit Arztunterschrift bestätigen).