

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Ärztin/Arzt-Nr.	Datum
Geschlecht der Patientin / des Patienten:		
männlich	weiblich	divers
EILIG:		

MVZ Medizinische Genetik Mainz
Haifa-Allee 38 | 55128 Mainz
Tel.: +49 6131 27661-0
info@medgen-mainz.de | www.medgen-mainz.de

Einsender:in/Ärztin/Arzt/Adresse/Stempel

Barcode (für interne Zwecke)

Kostenträger

Überweisungsschein Labor Muster 10 liegt bei
Überweisungsschein folgt
Rechnung an Einsender/Klinik
Privatversichert, Rechnung an Patient:in
Kostenvoranschlag bereits an Patient:in verschickt.
Warten auf Rückmeldung
Selbstzahlerleistung (IGeL), Rechnung an Patient:in

Anforderungsformular – Liquid Biopsy bei Tumorerkrankungen

Diagnose und bisherige Therapie

Umfassende Informationen zur klinischen Vorgeschichte und Diagnose sind für die Interpretation der genetischen Befunde und die Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie unerlässlich. Bitte fügen Sie den Pathologiebericht der Patientin / des Patienten (falls vorhanden), die klinische Vorgeschichte und andere relevante Berichte bei.

ICD-10-Code: _____ Datum der Erstdiagnose: _____

Klinische Fragestellung

Begleitdiagnostik zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung
Untersuchung bei Erstdiagnose (vor Therapiebeginn oder dem chirurgischen Eingriff)
Untersuchung der Resistenz bei Relapse / Metastasierung
Therapiemonitoring (nur als Selbstzahlerleistung)

Stadium

0
I
II
IIIA
IIIB
IV

Für Abrechnungen nach EBM bitte ankreuzen

Im vorliegenden Fall handelt es sich um ein lokal fortgeschrittenes oder metastasierendes NSCLC.
Im vorliegenden Fall handelt es sich um ein lokal fortgeschrittenes oder metastasierendes Mammakarzinom bei Fortschreiten der Erkrankung während oder nach endokriner Therapie.

Zuvor nachgewiesene oder ausgeschlossene klinisch relevante Biomarker

Angabe zum Untersuchungsmaterial

Streck-Blut für somatische Mutationen (2 x 10 ml)
cfDNA für somatische Mutationen: Konzentration (> 20 ng)
EDTA-Blut für Keimbahnmutationen (5 ml)
Sonstiges: _____

Entnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____



Eine detaillierte Anleitung für die Blutentnahme mittels Streck-Röhrchen finden Sie auf unserer Website.

Anforderungsformular – Liquid Biopsy bei Tumorerkrankungen

Analyseauftrag (gem. EBM oder PKV-Leistung)

Testung im Mammakarzinom

Testung auf therapierelevante Varianten in *ESR1* und *PIK3CA*
Testung auf therapierelevante Varianten *ESR1* und *PIK3CA* sowie *BRCA1/2*
Keimbahnmutationen für PARP-Inhibitor Therapie (Streck Blut + EDTA Blut!)
Testung auf *BRCA 1/2* Keimbahnmutationen für PARP-Inhibitor Therapie (EDTA Blut)

Testung im nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC)

Testung auf *EGFR*-Varianten (histologischer Nachweis eines NSCLC erforderlich)
Testung auf *EGFR* p.T790M-Variante (im Verhältnis zur *EGFR*-Treibermutation)

Analyseauftrag für zielgerichtete Analysen (Selbstzahlerleistung)

Gezielte Testung einzelner Varianten

Testung von *ESR1*-Varianten
Testung von *PIK3CA*-Varianten
Testung auf *KRAS*-Alterationen innerhalb der Exone 2, 3 und 4
Testung auf *NRAS*-Alterationen innerhalb der Exone 2, 3 und 4

Testung auf *EGFR*-Alterationen innerhalb der Exone 18-21
Testung von *BRAF*-Alterationen innerhalb Exon 15 (Kodon 600)
Gezielte Testung einer bereits bekannten Variante:

Gen: _____ Variante(n): _____

Kosten pro Testung: 695,- Euro. Für die Selbstzahlerleistung bitte die Kostenübernahmeerklärung ausfüllen.

Hotspotanalysen im NGS-Genpanel (Amplikon-basiert)

Mammakarzinom: *AKT1, ERBB2, ESR1, KRAS, PIK3CA, TP53*
Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom: *BRAF, EGFR, KRAS, NRAS, PIK3CA*
Kolonrektalkarzinom: *BRAF, KRAS, NRAS, PIK3CA*

Kosten pro Panel: 1.690,- Euro. Für die Selbstzahlerleistung bitte die Kostenübernahmeerklärung ausfüllen.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

X

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Patient:inneneinwilligung

Ich wurde durch meine/n o.g. behandelnde/n Arzt/Ärztin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung aufgeklärt. Ich hatte genügend Bedenkzeit und erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis zur Blutentnahme und für die Durchführung der genetischen Untersuchungen entsprechend der oben genannten Anforderung bzw. zur Klärung der o. g. klinischen Fragestellung. Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden.

Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden. Der Untersuchungsauftrag darf bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden. Ich wurde darüber informiert, dass sich die Befundung auf die Veränderungen konzentriert, die in einem direkten Zusammenhang mit der klinischen Indikation/Diagnose stehen. In seltenen Fällen können aber mögliche Keimbahnvarianten detektiert werden, die nicht in Zusammenhang mit der klinischen Fragestellung stehen. Ich erkläre mich zusätzlich mit dem Bericht folgender Varianten einverstanden:

Von Veränderungen die nach momentanem wissenschaftlichem Kenntnisstand (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich und meine Familie haben.	Ja	Nein
---	----	------

Mir ist bekannt, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Ich kann jederzeit die Vernichtung der Untersuchungsergebnisse verlangen, solange sie mir noch nicht mitgeteilt wurden. Ab Mitteilung unterliegen sie der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren.

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden.	Ja	Nein
---	----	------

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten und erhobenen genetischen Daten in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke aufbewahrt und genutzt werden und gestatte die Weitergabe im Rahmen wissenschaftlicher Projekte zu diesem Zwecke.	Ja	Nein
---	----	------

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit meiner Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial und daraus gewonnene Extrakte dem ausführenden Labor übereignet werden, und gestatte die Verwendung für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke in pseudonymisierter Form sowie die Weitergabe im Rahmen wissenschaftlicher Projekte zu diesem Zwecke.	Ja	Nein
--	----	------

Ich entbinde die einsendende Ärztin / den einsendenden Arzt von ihrer/seiner Schweigepflicht und erlaube die Mitteilung von Bestätigungsergebnissen oder Befunden an die Limbach Genetics.

Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligungen jederzeit ganz oder auch in Teilen mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann. Bei Widerruf meiner Einwilligung bleibt die bis dahin erfolgte Verarbeitung meiner Daten rechtmäßig.

Ort, Datum

X

Unterschrift der Patientin / des Patienten
bzw. der gesetzlichen Vertreterin / des
gesetzlichen Vertreters

Kostenübernahmeerklärung bei IGeL-Leistung

Gesetzlich Versicherte (GKV): Die aufgeführten Untersuchungen sind zum Teil individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die privatärztlich liquidiert werden. Ich wurde von der/dem veranlassenden Ärztin/Arzt über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung und dessen Begrenzung auf die notwendige Krankenbehandlung unterrichtet. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass, falls meine gesetzliche Krankenversicherung die Kosten der Untersuchung nicht oder nur zum Teil übernimmt, ich die Rechnung selbst in vollem Umfang zu begleichen habe.

Privat Versicherte (PKV): Es ist nicht gewährleistet, dass eine Kostenerstattung durch meine private Krankenversicherung erfolgen wird. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich diese Leistungen selbst bezahlen muss, falls kein Kostenträger Erstattungen leistet. Falls eine Diagnostik erst in die Wege geleitet werden soll, nachdem eine Kostenübernahme der Krankenkasse vorliegt, bitten wir um entsprechende Information.

Schriftliche Vereinbarung zur Selbstzahlerleistung: Mit meiner Unterschrift gebe ich die Einwilligung zur Durchführung der ausgewählten Analyse am MVZ Medizinische Genetik Mainz. Ich wurde über den Nutzen und die Risiken dieser Behandlung aufgeklärt.

Ort, Datum

Kontakt / Telefonnummer
der Patientin / des Patienten

X

Unterschrift der Patientin / des Patienten
bzw. der gesetzlichen Vertreterin / des
gesetzlichen Vertreters