

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einsender/Arzt/Adresse/Stempel

Barcode (für interne Zwecke)

Kostenträger

- Überweisungsschein Labor Muster 10 anbei
- Überweisungsschein folgt
- Rechnung an Einsender/Klinik
- Privat, Rechnung an Patient/in
 - Kostenvoranschlag bereits an Patient/in verschickt.
 - Warten auf Rückmeldung.

Untersuchungsmaterial

- EDTA-Blut (5 ml)
- Streckröhrchen (2x 10 ml)



Eine detaillierte Anleitung für die Blutentnahme mittels Streckröhrchen finden Sie auf unserer Website.

Molekulargenetische Diagnostik bei Tumorerkrankungen

Angaben zum Patienten/zur Patientin

Indikation/Verdachtsdiagnose: _____ ICD-10 Code: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Patient/Patientin erkrankt: Ja Nein Ethnische Herkunft: _____

Klinische Informationen und Familienanamnese:

Klinische Informationen/Stammbaum (bitte auch Arztbrief/Befundkopie beifügen)

Tumorerkrankung(en) des Patienten/der Patientin: _____

Weitere Tumorerkrankungen in der Familie:

wenn möglich mit Verwandtschaftsgrad und genauer Erkrankung

mütterlicherseits: _____

väterlicherseits: _____

Geschwister oder eigene Nachkommen: _____

Anforderung

1.) Therapierelevante Testungen (schnellstmögliche Bearbeitung/eilig)

- ESR1* und *PIK3CA* (inkl. *AKT1* und *ERBB2*)
(Somatische Testung an Liquid Biopsy (2x 10 ml Streckröhrchen). Ausschließlich therapierelevante Regionen und Hotspots.)

- BRCA1/2* (Keimbahn-Testung)
- BRCA1/2* und *PALB2* (Keimbahn-Testung) | Für PARP-Inhibitor-Therapie

Molekulargenetische Diagnostik bei Tumorerkrankungen

2.) Genpanel für erbliche Tumorerkrankungen

EILIG

Bitte kreuzen Sie alle Genpanels für erbliche Tumorerkrankungen an, für die Sie eine gezielte Analyse wünschen. Sollten Sie eine breitere Analyse wünschen, wählen Sie bitte das allgemeine Genpanel für familiäre Tumorsyndrome (FamTuS) aus. Dieses Genpanel deckt **nicht** alle untenstehenden Tumorerkrankungen ab, enthält jedoch die relevantesten Gene für familiäre Tumorsyndrome.

Eine Auflistung aller Gene der unten genannten Genpanels finden Sie in unserem Leistungsverzeichnis (<https://www.medgen-mainz.de/olvz/255751/list?categories=987>)

- | | | | | |
|---|---|--|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HBOC | <input type="checkbox"/> HBOC + PRS* | <input type="checkbox"/> HNPCC | <input type="checkbox"/> FAP | <input type="checkbox"/> Polyposis |
| <input type="checkbox"/> Darmkrebs | <input type="checkbox"/> Magenkrebs | <input type="checkbox"/> Pankreaskrebs | | |
| <input type="checkbox"/> Endometriumkarzinom | <input type="checkbox"/> Prostatakarzinom | <input type="checkbox"/> Nierenkrebs | | |
| <input type="checkbox"/> Gallengangs- und Leberkrebs | <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Stromatumore | <input type="checkbox"/> Melanom | | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkrebs | <input type="checkbox"/> Paragangliom/Phäochromozytom | <input type="checkbox"/> Hypophysenadenom | | |
| <input type="checkbox"/> Retinoblastom | <input type="checkbox"/> Osteosarkom | <input type="checkbox"/> Neurofibromatose | | |
| <input type="checkbox"/> Neuroendokrine Tumore | <input type="checkbox"/> Multiple endokrine Neoplasien | <input type="checkbox"/> Tuberöse Sklerose | | |
| <input type="checkbox"/> Von-Hippel-Lindau-Syndrom | <input type="checkbox"/> Li-Fraumeni-Syndrom | <input type="checkbox"/> Fanconi-Anämie | | |
| <input type="checkbox"/> Ataxia teleangiectatica | <input type="checkbox"/> Carney-Komplex-Syndrom | <input type="checkbox"/> Cowden-Syndrom | | |
| <input type="checkbox"/> Peutz-Jeghers-Syndrom | <input type="checkbox"/> Birt-Hogg-Dubé-Syndrom | <input type="checkbox"/> Gorlin-Syndrom | | |
| <input type="checkbox"/> Allgemein für familiäre Tumorsyndrome (FamTuS) | | | | |

* Polygener Risikoscore (PRS) für Brustkrebs zur Verwendung mit CanRisk

3.) Individuelle Analysen

EILIG

- Multigen-Panel entsprechend der o. g. Verdachtsdiagnose(n)
- Individuelles Panel mit folgenden Genen: _____
- Einzelgenanalyse: _____
- Einzelmutations-/Segregationsanalyse Gen: _____ Variante: _____

Einwilligung zur humangenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) nach Aufklärung durch den/die behandelnde(n) Arzt/Ärztin:

X

Name in Blockschrift UND Unterschrift des/der verantwortlichen Arztes/Ärztin

Kontaktnummer bei Rückfragen

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 Blut-/Gewebeentnahme 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. Im Falle einer erweiterten Analyse (z. B. bei einer umfassenden Analyse für familiäre Tumorsyndrome (FamTuS) oder WES) erkläre ich mich zusätzlich mit dem Bericht folgender Varianten einverstanden:

■ Von Veränderungen, die nicht mit der bestehenden Symptomatik bei mir selbst oder innerhalb meiner Familie in Zusammenhang stehen, die aber zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führen und deren Kenntnis zu einer verbesserten Behandlung und/oder Vorsorge führt (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG).	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

■ Von Veränderungen in bisher nicht krankheitsassoziierten Genen, deren Varianten nur nach weiterer wissenschaftlicher, experimenteller Untersuchung und Bestätigung für klinische Entscheidungen herangezogen werden können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke aufbewahrt und genutzt werden und gestatte die Weitergabe im Rahmen wissenschaftlicher Projekte zu diesem Zwecke.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer 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.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

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.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

X

Ort, Datum

Unterschrift des/r Patienten/-in bzw. gesetzlichen/r Vertreters/-in