

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

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG – Erbliche Tumorerkrankungen

EINSENDER

Klinik/Station Ambulanz Arzt

Adresse/Stempel

Tel.: _____

Fax: _____

- Die Einverständniserklärung des Patienten für die Durchführung der Analyse gemäß GenDG liegt mir vor.
- Einverständniserklärung des Patienten für die Durchführung der Analyse gemäß GenDG entsprechend der Rückseite

Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person

ABRECHNUNG

- Kassenpatient/in (bitte Überweisungsschein Muster 10 beilegen)
- Behandlung gemäß §116b SGB V (ASV)
- Privat (Rechnung an Patient nach GOÄ): ambulant stationär
- Selbstzahler
- Rechnung an Einsender/Klinik (Adresse siehe Einsenderfeld)

*UNTERSUCHUNGSMATERIAL

Entnahmedatum: _____

EDTA-Blut DNA aus: _____, _____ ng/µl

Sonstiges: _____

ANGABEN ZUM PATIENTEN:

Geschlecht:

weiblich männlich

Diagnostische genetische Untersuchung

Prädiktive genetische Untersuchung

Ethnische Herkunft: _____

1. Diagnose/Verdachtsdiagnose – Fragestellung – Indikation

Bitte Tumorkonferenzprotokoll und/oder aktuellen Arztbrief in Kopie beilegen.

2. Krebserkrankungen des Patienten (Bitte alles Zutreffende ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Keine Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> genetische Vorbefunde des Patienten (bitte in Kopie beilegen)		
Patient diagnostiziert mit:	Alter bei Diagnose	Patient wird z. Zt. behandelt	Pathologie / andere Informationen
<input type="checkbox"/> Mammakarzinom <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NST <input type="checkbox"/> lobulär invasiv <input type="checkbox"/> DCIS <input type="checkbox"/> metastasiert <input type="checkbox"/> bilateral <input type="checkbox"/> prämenopausal <input type="checkbox"/> triple negativ (ER-, PR-, HER2-)
<input type="checkbox"/> Endometriumkarzinom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tumor mit hoher MSI ¹ oder auffälliges IHC ² -Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Tumor nicht verfügbar für MSI ¹ - oder IHC ² -Testung
<input type="checkbox"/> Ovarialkarzinom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nicht epithelial Typ: _____
<input type="checkbox"/> Prostatakarzinom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gleason Score _____ <input type="checkbox"/> metastasiert
<input type="checkbox"/> Kolon- / Rektumkarzinom		<input type="checkbox"/>	Typ: <input type="checkbox"/> muzinös <input type="checkbox"/> Siegelring <input type="checkbox"/> medulläres Wachstumsmuster <input type="checkbox"/> tumorinfiltrierende Lymphozyten <input type="checkbox"/> Crohn-ähnliche Lymphozyten-Reaktion <input type="checkbox"/> Tumor mit hoher MSI ¹ oder auffälliges IHC ² -Ergebnis: _____ <input type="checkbox"/> Tumor nicht verfügbar für MSI ¹ - oder IHC ² -Testung
<input type="checkbox"/> kolorektale Adenome / Polypen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bekannte familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) kumulative Anzahl Polypen: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-9 <input type="checkbox"/> 10-19 <input type="checkbox"/> 20-99 <input type="checkbox"/> 100+
<input type="checkbox"/> Hämatologische Krebserkrankung		<input type="checkbox"/>	Typ: _____
<input type="checkbox"/> andere Krebserkrankungen (z.B. Magen, Pankreas, Gallengänge, Nierenbecken / Harnleiter, Dünndarm, Gehirn, Haut oder andere)		<input type="checkbox"/>	Typ: _____
Ausfüllen, wenn auf Patient zutreffend:	<input type="checkbox"/> Empfänger einer Knochenmarktransplantation Typ: <input type="checkbox"/> autolog <input type="checkbox"/> allogene		
	<input type="checkbox"/> Empfänger einer Bluttransfusion Typ: <input type="checkbox"/> Vollblut <input type="checkbox"/> Erythrozytenkonzentrat Datum: (TT-MM-JJJJ): _____		

¹MSI: Mikrosatelliteninstabilität ²IHC: Immunhistochemie

* **Sendeadresse** (ungekühlt, kein Eilversand):

SYNLAB MVZ | Humangenetik München | Lindwurmstr. 23 | 80337 München

Patient
 Nachname, Vorname, Geburtsdatum

3. Krebserkrankungen in der Familie

Machen Sie für die Überprüfung der Indikationskriterien und die Erstellung eines umfassenden, individualisierten Untersuchungsbefundes bitte möglichst vollständige und spezifische Angaben.

<input type="checkbox"/> Keine Krebserkrankungen in der Familie			<input type="checkbox"/> genetische Vorbefunde in der Familie (bitte in Kopie beilegen)	
Verwandschaftsbeziehung	maternal	paternal	Krebsart (bei Adenomen / Polypen bitte Anzahl ergänzen)	Alter bei Diagnose
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

4. Auftrag

<input type="checkbox"/> Hereditäres Mamma- und/oder Ovarialkarzinom (HBOC)*: <input type="checkbox"/> Multigen-Panel-Diagnostik: <i>ATM, BARD1, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHEK2, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53</i> <input type="checkbox"/> Einzelgenanalysen: <i>BRCA1, BRCA2</i> , _____	<input type="checkbox"/> Olaparib-Therapie: <i>BRCA1, BRCA2</i> Indikation für Lynparza/Olaparib (PARP-Inhibitor) Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 u. BRCA2 in der Keimbahn zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung, wenn dieser laut Fachinformation obligat ist <input type="checkbox"/> Ovarial-/ Eileiter-/ Peritonealkarzinom (FIGO III & IV, high-grade, nach Ansprechen auf Platin-basierte Chemo) <input type="checkbox"/> Mammakarzinom (HER2-negativ, Frühstadium, hohes Rezidivrisiko und nach Chemo) <input type="checkbox"/> Mammakarzinom (HER2-negativ, metastasiert o. lokal fortgeschritten, nach Anthrazyklin, Taxan) <input type="checkbox"/> Pankreaskarzinom (Adenokarzinom, metastasiert, nach mind. 16-wöchiger Platin-basierter Chemo ohne Progress) <input type="checkbox"/> Prostatakarzinom (metastasiert, kastrationsresistent, Progress unter neuer hormoneller Substanz)
<input type="checkbox"/> Hereditäres nicht-polypöses Kolonkarzinom (HNPCC) / Lynch-Syndrom*: <i>EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2</i>	<input type="checkbox"/> Hereditäres diffuses Magenkarzinom (HDGC): <i>CDH1</i> <input type="checkbox"/> Magenkarzinom: <i>APC, CDH1, BMPR1A, CTNNA1, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, SMAD4, STK11, TP53</i>
<input type="checkbox"/> Kolorektale Karzinome ohne HNPCC/Lynch-Syndrom: <i>APC, BMPR1A, CHEK2, GREM1, MUTYH, NTHL1, POLD1, POLE, PTEN, SMAD4, STK11</i>	
<input type="checkbox"/> Polyposis-Syndrome <input type="checkbox"/> Familiäre adenomatöse Polyposis (FAP) / attenuierte FAP (aFAP): <i>APC</i> <input type="checkbox"/> Juvenile, serratierte, adenomatöse Polyposis: <i>BMPR1A, MSH3, MUTYH, NTHL1, POLD1, POLE, PTEN, RNF43, SMAD4, STK11</i> <input type="checkbox"/> Peutz-Jeghers-Syndrom: <i>STK11</i> <input type="checkbox"/> Polyposis coli: <i>APC, BMPR1A, EPCAM, GREM1, MLH1, MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NTHL1, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, RNF43, SMAD1, STK11</i>	<input type="checkbox"/> Neurofibromatose / Schwannomatose: <i>NF1, NF2, SPRED1</i> <input type="checkbox"/> Differenzialdiagnose konstitutionelles Mismatch-Repair-Defizienz-Syndrom (CMMRD-Syndrom): <i>EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2</i>
<input type="checkbox"/> PTEN-Hamartom-Tumor-Syndrom: <i>AKT1, FLCN, PTEN</i>	<input type="checkbox"/> Malignes Melanom: <i>CDKN2A, CDK4, POT1, ACD, TERF2IP, TERT, BAP1, MC1R, BRCA2, MITF, PTEN, TP53, TYR</i> <input type="checkbox"/> Prostatakarzinom: <i>ATM, BRCA1, BRCA2, EPCAM, HOXB13, MLH1, MSH2, MSH6, PALB2</i>
<input type="checkbox"/> Li-Fraumeni-Syndrom (LFS): <i>TP53</i>	
<input type="checkbox"/> Multiple endokrine Neoplasie Typ I (MEN1): <i>MEN1</i>	<input type="checkbox"/> Tuberöse Sklerose: <i>TSC1, TSC2</i>
<input type="checkbox"/> Multiple endokrine Neoplasie Typ II (MEN2): <i>RET</i>	<input type="checkbox"/> von Hippel-Lindau-Syndrom (VHL): <i>VHL</i>
<input type="checkbox"/> Einzelmutationsanalyse Gen: _____ Variante: _____ Verwandtschaftsbeziehung: Mein Patient ist _____ (z.B. Tante mütterlicherseits) des Trägers der (wahrscheinlich) pathogenen Variante. Erforderlich: Legen Sie eine Kopie des Berichts des Trägers der (wahrscheinlich) pathogenen Variante dazu.	
<input type="checkbox"/> Sonstige Analyse: Einzelgen, Gene, Genpanel (s. Panelverzeichnis www.humane-genetik.de): _____	

Entsprechend §10 des GenDG ist bei einer prädiktiven/präsymptomatischen genetischen Untersuchung die betroffene Person vor der genetischen Untersuchung und nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses humangenetisch zu beraten. Mit unten stehender Unterschrift wird die Durchführung der genetischen Beratung bestätigt.

***Auftragshinweise Molekulargenetik:**

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik der KBV regelt die Anforderungen an die Indikationsstellung für einzelne indikationsbezogene molekulargenetische Untersuchungen, die im Kapitel 11.4.2 des EBM aufgeführt sind. Diese Untersuchungen dürfen erst durchgeführt werden, wenn die erforderlichen Kriterien an die Indikationsstellung erfüllt sind. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass diese Kriterien erfüllt sind (s. Formular „Auftragshinweise Molekulargenetik“). Ausführliche Informationen finden Sie unter www.humane-genetik.de/formulare/ „Auftragshinweise Molekulargenetik“.

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt und Stempel