

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

UNTERSUCHUNGSauftrag – 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)

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

☐ Keine Krebserkrankungen in der Familie			☐ genetische Vorbefunde in der Familie (bitte in Kopie beilegen)	
Verwandschaftsbeziehung	maternal	paternal	Krebsart (bei Adenomen / Polypen bitte Anzahl ergänzen)	Alter bei Diagnose
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		

4. Auftrag

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