

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

Überweisender Arzt (Name, Adresse)

Zusätzlicher Arzt (Name, Adresse)

Dr. med. Mehnert & Partner
Ärzte und Humanbiologen

Probeneinsendeformular familiärer Darmkrebs (HNPCC)

WICHTIG : Zur Durchführung der Diagnostik muss die Einwilligungserklärung vom Patienten unterschrieben sein (siehe Rückseite).
Bitte Überweisungsschein Muster 10 für Laboruntersuchung beilegen.
Sämtliche humangenetische Leistungen berühren nicht das Laborbudget !

Entnahmedatum:

Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute

Abrechnung:

- GKV (gesetzlich; Labor-Ü-Schein Muster 10)
 PKV (privat)
 Selbstzahler
 Rechnung an Klinik / Praxis

Befundmitteilungen an:

- überweisenden Arzt
 zusätzlichen Arzt
 Patient/in

Angaben zum Patienten

Geschlecht: weiblich männlich Patient selbst erkrankt

Prädiktive Untersuchung
(genetische Beratung erforderlich)

Eigenanamnese / Verdacht / Symptome / Befunde / Diagnosen:

Wurden bereits genetische Untersuchungen / Beratungen durchgeführt?

nein ja Wo? Ergebnisse / Befunde?

Angaben zur Familienanamnese/ evtl. Stammbaum

Vorbefunde zu bekannten Mutationen in der Familie beilegen!

Nachuntersuchung
bezügl. bekannter
familiärer Mutation

Gen: _____

Mutation: _____

Tumorgewebe vorhanden

Mikrosatelliteninstabilitätsanalyse (MSI) aus Tumorgewebe / Analyse der HNPCC-Gene in Abhängigkeit vom MSI- bzw. IHC-Befund

Revidierte Bethesda-Kriterien (mindestens ein Kriterium muss erfüllt sein, bitte ankreuzen):

- Patienten mit kolorektalem Karzinom vor dem 50. Lebensjahr
 Patienten mit synchronen oder metachronen kolorektalen Karzinomen oder anderen HNPCC-assoziierten Tumoren (Kolorektum, Endometrium, Magen, Ovarien, Pankreas, Urothel, Gallengänge, Dünndarm, Gehirn, Talgdrüsenadenome, Keratoakanthome/Muir-Torre-Syndrom), unabhängig vom Alter
 Patienten mit kolorektalem Karzinom mit MSI-H Histologie (lymphozythäre Infiltration, muzinöse und/oder Siegelring-Differenzierung bzw. medulläres Wachstum) vor dem 60. LJ.
 Patient mit kolorektalem Karzinom (unabhängig vom Alter), der einen Verwandten 1. Grades mit einem kolorektalen Karzinom oder einem HNPCC-assoziierten Tumor vor dem 50. LJ hat
 Patient mit kolorektalem Karzinom (unabhängig vom Alter), der mindestens zwei Verwandte 1. oder 2. Grades hat, bei denen ein kolorektales Karzinom oder ein HNPCC-assoziiertes Tumor (unabhängig vom Alter) diagnostiziert wurde

auffälliger MSI- bzw. IHC-Befund liegt bereits vor (bitte Befundkopie beilegen)

Wenn Untersuchung aus Tumorgewebe auffällig, dann Untersuchung aus Blut

MLH1 PMS2

oder

MSH2 MSH6

Falls bisher noch nicht ausgeschlossen

FAP

wenn Amsterdam II-Kriterien erfüllt, dann

MLH1, MSH2, MSH6 und PMS2

Tumorgewebe nicht vorhanden

Direkte Analyse der HNPCC-Gene aus Blut bei Erfüllung aller Amsterdam II-Kriterien (bitte ankreuzen)

- Vorangegangener Ausschluss einer Familiären adenomatösen Polyposis (FAP)
 Mindestens drei Familienangehörige mit histologisch gesichertem kolorektalen Karzinom oder einem Karzinom des Endometriums, Dünndarms, Ureters oder Nierenbeckens, einer davon mit den beiden anderen erstgradig verwandt
 Erkrankungen in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Generationen und
 mindestens ein Patient mit Diagnosestellung vor dem 50. Lebensjahr

Sprechen Sie uns in unklaren Fällen an. Wir stehen Ihren Patienten an allen unseren Standorten für eine genetische Beratung zur Verfügung. Dabei erfolgt auch eine Überprüfung der Indikationsstellung für die molekulargenetische Diagnostik und ggfs. deren Veranlassung.

Wir bitten um Zusendung von Versand- und Entnahmematerial

- wird vom genetikum ausgefüllt -

- Abklärung nicht erforderlich / Probe freigegeben
 Angaben sind abzuklären
 Weiteres Material: Blut, AC, CVS, MSA, DNA
 Wenn PST / Chromosomen o. B.: _____
 DGS: MLPA / FISH nativ / Kultur
 Telomere: MLPA / FISH nativ / Kultur
 Mikrodel: MLPA / FISH nativ / Kultur
 Array-CGH: nativ / Kultur
 DNA: _____ nativ / Kultur
 Weiteres Vorgehen mit dem Einsender besprechen

Proben-Nr.	MTA
Verknüpfungs-Nr.	X

Befund: _____

Banden: _____

Datum: _____

BL: _____

Probenversand

genetikum[®] Neu-Ulm
Wegenerstraße 15
89231 Neu-Ulm
Telefon 0731/98490-0
Telefax 0731/98490-20

genetikum[®] Stuttgart
Lautenschlagerstraße 23
70173 Stuttgart
Telefon 0711/2200923-0
Telefax 0711/2200923-20

genetikum[®] München
Weinstraße 11
80333 München
Telefon 089/24207670

genetikum[®] Prien
Hochriesstraße 21
83209 Prien
Telefon 08051/9632767

genetikum[®] Singen
Virchowstraße 10c
78224 Singen
Telefon 07731/9956231

www.genetikum.de
info@genetikum.de

Patient Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine genetische Untersuchung geplant. Nach Vorgabe des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) darf die Untersuchung nur durchgeführt werden, wenn nachfolgende Einwilligungserklärung von Ihnen unterschrieben vorliegt.

Einwilligungserklärung nach GenDG

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchungen (siehe Vorderseite bzw. Liste) sowie der möglichen Konsequenzen, die sich daraus für mich ergeben können, aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen. Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne meine ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben. Ich kann diese Einwilligungserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ebenfalls kann ich jederzeit entscheiden, ob mir die Untersuchungsergebnisse mitgeteilt bzw. sie vernichtet werden sollen (Recht auf Nichtwissen).

Ich erkläre mich einverstanden mit:

- der **genetischen Untersuchung** des von mir entnommenen Probenmaterials ja nein
- der **Befundmitteilung** an meinen behandelnden Arzt bzw. weitere Ärzte (siehe Vorderseite) ja nein
- der **Aufbewahrung der Ergebnisse** über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus ja nein
- der **Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial** für weiterführende bzw. neue zweckgebundene Untersuchungen ja nein
- der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bzw. Teilen davon an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor ja nein
- der **Eintragung der Untersuchungsergebnisse** in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken ja nein
- der **Verwendung** asservierter DNA von mir/meinem Kind pseudonymisiert im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsprojekte ja nein

In seltenen Fällen können Veränderungen festgestellt werden, die nicht im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Untersuchungsauftrag stehen, jedoch eine klinische (Behandlungs-)Konsequenz für Sie selbst, für Ihre Nachkommen bzw. weitere Familienmitglieder haben können (sog. Zusatzbefunde).

Über klinisch relevante **Zusatzbefunde** möchte ich informiert werden: ja nein

X

✓

Ort / Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

Erweiterte Diagnostik nach GOP 11514 oder 11449

Sollte im Rahmen der Einzelgen- bzw. Multigendiagnostik keine krankheitsverursachende Mutation gefunden werden, ist eine erweiterte Diagnostik möglich, die jedoch durch Ihre Krankenkasse genehmigt werden muss. Zunächst muss ein Antrag bei Ihrer Krankenkasse gestellt werden und die medizinische Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) bestätigt werden. Hierzu ist die Übermittlung Ihrer Krankenunterlagen an den MDK erforderlich. Die Krankenkassen erhalten diese Unterlagen bzw. Daten nicht (Datenschutz). Gerne übernehmen wir die Antragsstellung an Ihre Krankenkasse und die Begründung der medizinischen Notwendigkeit an den MDK. Für die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem MDK und die Antragstellung bei Ihrer Krankenkasse benötigen wir Ihre Unterschrift.

X

Ort / Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Kostenübernahmeerklärung / Behandlungsvertrag (Privatversicherte):

Ich wünsche eine privatärztliche Behandlung durch das genetikum[®], welche nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Beachtung der geltenden Hochsätze in Rechnung gestellt wird. Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Die behandelnden Ärzte können keine Gewähr bzgl. der Erstattung durch eine bestehende Krankenversicherung oder Beihilfestelle übernehmen. Mit nachstehender Unterschrift bestätigte ich, dass ich die Behandlungskosten in vollem Umfang selbst trage.

X

Ort / Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

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. **Ausführliche Informationen finden Sie auf unserer homepage www.genetikum.de im Leistungsverzeichnis unter der entsprechenden Erkrankung.**