

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 Brust- und Eierstockkrebs (Gen-Panel)

**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 (s. o.)
- zusätzlichen Arzt (s. o.)
- Patient/in

### Angaben zum Patienten

- Patient selbst erkrankt      Geschlecht:  weiblich    männlich
- Prädiktive Untersuchung (genetische Beratung erforderlich)
- Eigenanamnese / Verdacht / Symptome / Befunde / Diagnosen:

Wurden bereits genetische Untersuchungen / Beratungen durchgeführt?  
 nein    ja Wo? Ergebnisse / Befunde?

### Stufe 1a

Dauer 4 - 5 Wochen  
Brustkrebs in der Familie,  
Indikationskriterien erfüllt

BRCA1, BRCA2,  
(inkl. MLPA)

### Stufe 1b

zusätzlich zu Stufe 1a

RAD51C, CHEK2, PALB2

### Stufe 2 (genehmigungspflichtig)

Dauer 5 - 12 Wochen,  
nur nach genetischer Beratung  
und nach Stufe 1

Die Analyse dieser Gene ist  
genehmigungspflichtig und muss bei  
der Krankenkasse beantragt werden.  
Dabei unterstützen wir Sie gern.

<input type="checkbox"/> ATM	<input type="checkbox"/> MRE11A
<input type="checkbox"/> BARD1	<input type="checkbox"/> MEN1
<input type="checkbox"/> BLM	<input type="checkbox"/> MUTYH
<input type="checkbox"/> BRIP1	<input type="checkbox"/> NBN
<input type="checkbox"/> CDH1	<input type="checkbox"/> PTEN
<input type="checkbox"/> FAM175A	<input type="checkbox"/> RAD50
<input type="checkbox"/> MLH1	<input type="checkbox"/> RAD51D
<input type="checkbox"/> MSH2	<input type="checkbox"/> STK11
<input type="checkbox"/> MSH6	<input type="checkbox"/> TP53
<input type="checkbox"/> PMS2	<input type="checkbox"/> XR22

Bitte markieren Sie die Gene,  
die analysiert werden sollen.  
Die vom Deutschen Brust-  
krebskonsortium empfohlenen  
Gene sind unterstrichen.

### Angaben zur Familienanamnese / evtl. Stammbaum

Vorbefunde zu bekannten Mutationen in der Familie beilegen!

Die Auswertung des Gen-Panels erfolgt gemäß der angeforderten Stufendiagnostik.  
Unklassifizierte Varianten werden nur für Core-Gene im Befund mitgeteilt.

Die Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11440 (Hereditäres Mama- und Ovarialkarzinom) ist gegeben, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien des Deutschen Konsortiums für Familiären Brust- und Eierstockkrebs erfüllt ist:

- mindestens drei Frauen aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Brustkrebs (unabhängig vom Alter)
- mindestens zwei Frauen – davon eine jünger als 50 Jahre - aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Brustkrebs
- mindestens zwei Frauen aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Eierstockkrebs
- mindestens eine Frau erkrankte an Brustkrebs und eine weitere Frau an Eierstockkrebs oder eine Frau erkrankte an Brust- und Eierstockkrebs
- mindestens eine Frau jünger als 36 Jahre erkrankte an Brustkrebs
- mindestens eine Frau jünger als 50 Jahre erkrankte an bilateralem Brustkrebs
- mindestens ein Mann erkrankte an Brustkrebs und eine Frau an Brust- oder Eierstockkrebs.

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 Vorgehen mit dem Einsender besprechen
- Auch: Heparin-Blut, EDTA-Blut, AC, CVS, MSA, DNA
- Wenn PST / Chromosomen o. B.: \_\_\_\_\_
- DGS:             MLPA /  FISH             nativ /  Kultur
- Telomere:       MLPA /  FISH             nativ /  Kultur
- Mikrodell:      MLPA /  FISH             nativ /  Kultur
- Array-CGH:
- DNA: \_\_\_\_\_             nativ /  Kultur

Proben-Nr.	MTA
Verknüpfungs-Nr.	X
Befund: _____	_____
Banden: _____	_____
Datum: _____	_____
BL: _____	_____

Probenversand

**genetikum**<sup>®</sup> Neu-Ulm  
Wegenerstraße 15  
89231 Neu-Ulm  
Telefon 0731/98490-0  
Telefax 0731/98490-20

**genetikum**<sup>®</sup> Stuttgart  
Lautenschlagerstraße 23  
70173 Stuttgart  
Telefon 0711/2200923-0  
Telefax 0711/2200923-20

**genetikum**<sup>®</sup> München  
Weinstraße 11  
80333 München  
Telefon 089/24207670

**genetikum**<sup>®</sup> Prien  
Hochriesstraße 21  
83209 Prien  
Telefon 08051/9632767

**genetikum**<sup>®</sup> Singen  
Virchowstraße 10c  
78224 Singen  
Telefon 07731/9956231

www.genetikum.de  
info@genetikum.de

Patient Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Tag

Monat

Jahr

 Dr. med. Mehnert & Partner  
 Ärzte und Humanbiologen

## 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. Außerdem sind wir nach der Datenschutzgrundverordnung verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Eine Information dazu können Sie auf unserer Homepage einsehen.

### Einwilligungserklärung nach GenDG und DSGVO

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchungen (siehe Vorderseite bzw. Liste) sowie über die 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 den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) 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). Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich zudem mit den Datenschutzbedingungen einverstanden.

#### 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<sup>®</sup>, welche nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter Beachtung der geltenden Höchstsätze 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 bestätige 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](http://www.genetikum.de) im Leistungsverzeichnis unter der entsprechenden Erkrankung.**