

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 !

Probenmaterial = EDTA-Blut (2 ml EDTA-Blut)

Sonstiges: _____

Entnahmedatum:

Tag	Monat	Jahr	Stunde	Minute

Abrechnung:

- GKV (gesetzlich; Labor-Ü-Schein Muster 10)
 PKV (privat) PKV + Beihilfe
 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 divers
 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!

- Therapierelevant / Fast track

- Abklärung einer bekannten familiären Mutation

Gen: _____
 Mutation: _____

- TMR-010:**
Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

BRCA1, BRCA2, inkl. drei Deletionen im CHEK2-Gen (inkl. BRCA1- und BRCA2-MLPA)

- TMR-020:**
Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

BRCA1, BRCA2, CHEK2, PALB2, RAD51C (inkl. BRCA1- und BRCA2-MLPA)

- TMR-030:**
Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

13 Core-Gene: BRCA1, BRCA2, CHEK2, PALB2, RAD51C, ATM, BARD1, BRIP1, CDH1, PTEN, RAD51D, STK11, TP53 (inkl. BRCA1- und BRCA2-MLPA)

Unklassifizierte Varianten werden nur für Core-Gene im Befund mitgeteilt. Im Rahmen der Diagnostik werden 113 mit Krebs assoziierte Gene (Liste auf Anfrage) angereichert, die bei entsprechender Indikation im Einzelfall auf Anfrage ausgewertet werden können.

Die Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11440 (Hereditäres Mama- und Ovarialkarzinom) ist gegeben, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs erfüllt ist: Familien mit (je aus einer Familienseite):

- Mindestens 3 Frauen mit Brustkrebs, unabhängig vom Alter
- Mindestens 2 Frauen mit Brustkrebs, davon eine Frau vor dem 51. Geburtstag erkrankt
- Mindestens 1 Frau mit beidseitigem Brustkrebs, erster Brustkrebs vor dem 51. Geburtstag
- Mindestens 1 Frau mit Brustkrebserkrankung vor dem 36. Geburtstag
- Mindestens 1 Frau mit Brust- und Eierstockkrebs oder eine Frau mit Brustkrebs und eine Frau mit Eierstockkrebs
- Mindestens 2 Frauen mit Eierstockkrebs
- Mindestens 1 Mann mit Brustkrebs und eine Frau mit Brust- oder Eierstockkrebs
- Mindestens 1 Frau mit triple-negativer Brustkrebserkrankung vor dem 50. Geburtstag
- Mindestens 1 Frau mit Eierstockkrebs vor dem 80. Geburtstag

Unabhängig von den Konsortiumskriterien:

- Je nach individuellen Gegebenheiten bei therapeutischer Relevanz (z.B. Einsatz von PARP-Inhibitoren)

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
- Procedere mit Einsender besprechen
- Patient: Hep-B____, EDTA-B____, MSA____, DNA____ AC____, CVS____,
- Partner: Hep-B____, EDTA-B____, MSA____, DNA____
- Wenn PST / Chromosomen o. B.: _____
- DGS: MLPA / FISH nativ / Kultur
- Array-CGH: nativ / Kultur
- NGS: TRIO-WES / HPO nativ / Kultur
- DNA: _____ nativ / Kultur

Proben-Nr.	MTA
Verknüpfungs-Nr.	X

ZG: _____
 PST-Befund: _____
 Karyotyp: _____
 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

 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 (Informationen unter www.genetikum.de).

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 pseudonymisierter 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

Kostenübernahmeerklärung / Behandlungsvertrag (Privatversicherte):

Ich wünsche eine privatärztliche Behandlung durch das genetikum[®], 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.

Bitte um Zusendung eines Kostenvorschlages

X

Ort / Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter

Hinweis: Die Diagnostik wird erst gestartet, sofern uns eine Unterschrift vorliegt bzw. die Kostenübernahme der PKV.

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.**