

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

Einsender (Praxisstempel):



MVZ genetikum GmbH
Zentrallabor
Wegenerstrasse 15
89231 Neu-Ulm
Tel: 0731 14 610-0
Fax: 0731 14 610-220

Name und Unterschrift verantwortliche ärztliche Person:

Probeneinsendeformular familiärer Darmkrebs (HNPCC od. FAP/Polyposis-Syndrom)

WICHTIG:

- Rückseite bitte vom Patienten ausfüllen lassen. Einwilligungserklärung muss zur Diagnostik vorliegen.
- Bitte Laborüberweisungsschein (Muster 10) beilegen.
- Humangenetische Leistungen belasten nicht das Laborbudget.

Entnahmedatum:

Tag	Monat	Jahr	Uhrzeit

 Probenmaterial = EDTA-Blut (2 ml EDTA-Blut) Sonstiges: _____

Angaben zum Patienten

 weiblich männlich divers

 Patient selbst erkrankt

 Prädiktive Untersuchung
(genetische Beratung erforderlich)

 Eigenanamnese/Verdacht/Symptome/Befunde/Diagnosen:
klinisch auffällig nein ja

 Befundkopie anbei

Wurden bereits genetische Untersuchungen/Beratungen durchgeführt?

 nein ja Wo? Ergebnisse/Befunde?

 Befundkopie anbei

Abrechnung:

- GKV (gesetzlich; Laborüberweisungsschein Muster 10)
- PKV (privat)
- PKV + Beihilfe
- Selbstzahler
- Rechnung an Klinik

Angaben zur Familienanamnese/evtl. Stammbaum

 Befundkopie anbei

 Abklärung einer bekannten familiären Veränderung
(Vorbefunde zu bekannten Veränderungen in der Familie beilegen)

Gen:

Veränderung:

Angeforderte Untersuchung: V. a. HNPCC bei Auffälligkeit im Tumorgewebe

(Mikrosatelliteninstabilität und/oder immunhistochemische Expressionsminderung mind. eines der Gene MLH1, PMS2, MSH2 oder MSH6 um mehr als 50 %)

- MLH1 und/oder PMS2
- MSH2 (inkl. E9-Deletion EPCAM) und/oder MSH6

(Berechnung der Gebührenordnungsposition 11431)

V. a. HNPCC bei Erfüllung aller Amsterdam II-Kriterien

 MLH1, MSH2 (inkl. E9-Deletion EPCAM), MSH6, PMS2

Amsterdam II-Kriterien:

- 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 auf einanderfolgenden Generationen und
- mindestens ein Patient mit Diagnosestellung vor dem 50. Lebensjahr

(Berechnung der Gebührenordnungsposition 11432)

V. a. FAP/Polyposis-Syndrom

 APC, MUTYH, NTHL1, MSH3, POLD1, POLE, BMPR1A, SMAD4, STK11, PTEN, RNF43, GREM1 (ggf. Gene, die nicht untersucht werden sollen, streichen)

(Berechnung der Gebührenordnungsposition 11513 und ggf. 11511 und/oder 11512)

 weitere ergänzende Untersuchungen:

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 ggf. deren Veranlassung.

 Wir bitten um Zusendung von Versand- und Entnahmematerial

Wird vom genetikum ausgefüllt

- 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____
- DNA asservieren nativ Kultur
- PST Kulturen:

Proben-Nr.	MTA
Verknüpfungs-Nr./Partner	X



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen ist eine genetische Untersuchung geplant. Gemäß Gendiagnostikgesetz (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. Informationen 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) 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. ob sie vernichtet werden sollen (Recht auf Nichtwissen). Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich zudem mit den Datenschutzbedingungen einverstanden (Informationen unter www.genetikum.de/de/datenschutz.php).

Ich erkläre mich einverstanden mit:

- der **genetischen Untersuchung** des von mir entnommenen Probenmaterials ja nein
- der **Aufbewahrung der Ergebnisse** über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus (ohne Anspruch) ja nein
- der **Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial** für zusätzliche zweckgebundene Untersuchungen (ohne Anspruch) ja nein
- der **Weiterleitung des Untersuchungsauftrages** bzw. von Teilen davon an ein spezialisiertes, medizinisches Kooperationslabor ja nein
- der **Eintragung der Untersuchungsergebnisse** in pseudonymisierter Form in wissenschaftliche Datenbanken ja nein
- der **Verwendung** asservierter DNA von mir/meinem Kind pseudonymisiert im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsprojekte oder zur internen Qualitätssicherung ja nein

Wichtig! Bitte angeben:

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). Ein Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von genetischen Zusatzbefunden besteht nicht. Über **klinisch relevante Zusatzbefunde** möchte ich informiert werden:

BITTE ANGEBEN
 ja nein

Bei fehlender Angabe werden Zusatzbefunde nicht mitgeteilt.

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 bestätigte ich, dass ich die Behandlungskosten im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme durch den/die Versicherungsträger in vollem Umfang selbst trage.

Bitte um Zusendung eines Kostenvoranschlages

X

Ort/Datum

Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

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

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 unter www.genetikum.de/de/aerzte/Indikationskriterien/Hinweise_molekulargenetik.php