



Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß § 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum Abnahmezeit

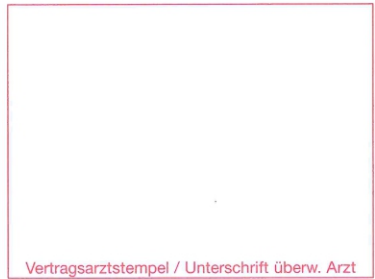
SSW

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

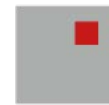
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2020)

Kostenträger:

- gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
- privat (PKV)/Selbstzahler Kostenübernahmeerklärung erforderlich, s. Rückseite
- stationär, Rechnung an Einsender

diagnosticum Zentrum für Humangenetik
 Prof. Dr. med. D. Steinberger, Fachärztin für Humangenetik
 Altenhöferallee 3
 60438 Frankfurt am Main
 ☎ 069-5308437-0



Diagnosticum

- Labormedizin
- Mikrobiologie
- Pathologie
- Humangenetik

Information und Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik gemäß GenDG

Hiermit beauftrage ich Diagnosticum Zentrum für Humangenetik, die auf diesem Formular gekennzeichneten Untersuchungen aus meinem Probenmaterial durchzuführen.

Alle Untersuchungsergebnisse werden vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Es ist allein meine Entscheidung, andere Familienmitglieder über genetische Risiken zu informieren.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich Folgendes:

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt. Zweck dieser DNA-Analyse ist die Suche nach Veränderungen, die im Zusammenhang mit Erkrankungen und/oder genetischen Dispositionen stehen.

Über die Möglichkeit einer genetischen Beratung bin ich aufgeklärt worden oder eine solche hat bereits stattgefunden oder ich bin nicht daran interessiert. Ich hatte vor Erteilung meiner Einwilligung ausreichend Bedenkzeit. Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Mit dem Ergebnis einer solchen Untersuchung kann:

- festgestellt werden, ob eine oder keine bestimmte genetische Disposition bei mir vorliegt oder ob ein Risiko für die Entwicklung einer genetischen Erkrankung besteht.
- ausgesagt werden, ob andere Familienmitglieder Träger der genetischen Disposition sind oder ein Risiko für die Entwicklung dieser Erkrankung haben.
- in manchen Fällen keine eindeutige Antwort hinsichtlich einer Diagnose oder einer genetischen Disposition gegeben werden.

Folgende Punkte stimme ich zu (nicht Zutreffendes bitte streichen):

Die Untersuchungsergebnisse dürfen länger als die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren aufbewahrt werden (z.B. für Familienuntersuchungen). Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat. Der möglichen Verwendung von anonymisiertem Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke. Das American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG) empfiehlt, zusätzlich zur Beantwortung der Fragestellung bei Anforderung einer genetischen Diagnostik, auch Befunde für eine Auswahl bestimmter Gene zu übermitteln. Es handelt sich hierbei um Veränderung von Genen, bei deren Kenntnis damit verbundene Erkrankungen besser und früher behandelt werden können. Hierdurch ergibt sich ein besonderer Nutzen für die untersuchte Person. Ich möchte über solche Zusatzbefunde informiert werden. Meine Untersuchungsergebnisse werden an die im Auftrag angegebenen Ärzte übermittelt

Die Ergebnisse von bestimmten genetischen Untersuchungen können auf einen Vaterschaftsausschluss oder auf andere bisher unbekannte Familienbeziehungen hinweisen

Name /Vorname: beratender Arzt (Druckschrift) Unterschrift

Datum Name /Vorname: Patient /gesetzl. Vertreter/Erziehungsberechtigter Unterschrift

Für Mitglieder einer privaten Krankenversicherung (PKV)/Selbstzahler

Für PKV-Patienten:

Für Sie wird ein Kostenvoranschlag erstellt, der zur Einholung einer Zusage der Kostenerstattung an die private Versicherung weitergeleitet werden kann. Für PKV-Patienten angeforderte Analysen werden erst nach Eingang einer Kostenübernahmeerklärung prozessiert.

- Ich möchte, dass die angeforderte/n Analyse(n) sofort prozessiert wird/werden und nicht auf die Kostenübernahmeerklärung meiner PKV gewartet wird. Sollte die PKV die Kosten nicht oder nur teilweise übernehmen, werde ich die Kosten selbst tragen.

Für Selbstzahler:

Sie erhalten einen Kostenvoranschlag. Die angeforderte Analyse beginnt, sobald die Kosten beglichen sind. Ich bin damit einverstanden, dass eine Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GoÄ) erfolgt.

Datum Name /Vorname: Patient /gesetzl. Vertreter/Erziehungsberechtigter



Genetische Diagnostik

Erblicher Brust- und Eierstockkrebs (HBOC)

Probenmaterial: EDTA-Blut
 DNA

Anzahl Proben:
 Probengefäße beschriften,
 ohne eindeutige Zuordnung zum Anforderungsschein,
 ist eine Analyse nicht möglich.

Duplikatsbefund an:

Untersuchung

- HBOC-Panel
 Analyse der nach aktuellem Kenntnisstand klinisch relevanten Core-Gene:
 ATM BRCA1 BRCA2 CDH1 CHEK2 NBN PALB2 RAD51C RAD51D TP53
- Panel zur Indikationsstellung gezielter Therapie mit PARP-Inhibitoren:
 Analyse der Gene BRCA1 und BRCA2
 - bei Mammakarzinom (lokal fortgeschritten oder metastasierend)
 - bei Ovarialkarzinom (platin-sensitiv, fortgeschritten oder rezidivierend oder progressiv highgrade epithelial)
 - bei Eileiterkarzinom
 - bei primärem Peritonealkarzinom
- Tumordispositions-Panel
 Analyse der Gene:
 ALK APC ATM ATR BAP1 BARD1 BLM BMPR1A BRCA1 BRCA2 BRIP1 BUB1B CDC73 CDH1
 CDK4 CDKN2A CENPJ CHEK2 CREBBP CTC1 CYLD DDB2 DDX11 DICER1 DKC1 EGFR ELANE
 EXO1 EXT1 EXT2 FANCA FANCB FANCC FANCD2 FANCF FANCG FANCI FANCL FANCM
 FH FLCN GDNF GF11 GPC3 GREM1 HAX1 HNF1A HOXB13 KIF1B KIT MAX MEN1 MLH1 MLH3
 MPL MRE11A MSH2 MSH6 MUTYH NF1 NF2 NOP10 NSD1 OGG1 PALB2 PHOX2B PMS1 PMS2
 POLD1 PRF1 PRKAR1A PTCH1 PTEN PTPRJ RAD50 RAD51C RAD51D RB1 RECQL4 RET RPL11
 RPL35A RPL5 RPS19 RPS24 RPS26 RUNX1 SDHA SDHAF2 SDHB SDHC SDHD SEMA4A
 SFTPA1 SFTPA2 SLX4 SMAD4 SMARCA4 SMARCB1 SQSTM1 STK11 SUFU TERT TINF2
 TMEM127 TNFRSF11A TP53 TSC1 TSC2 VHL WAS WRAP53 WRN WT1 XPA XPC XRCC2
- gezielter Nachweis/Ausschluss Einzelmutation bei familiär bekannter Variante,
 bitte angeben: _____

Genetische Varianten mit Bedeutung für Medikamentenwirkung
 (pharmakogenetische Analysen)

- PGS.pharma 2.0 (285,04 €)
 Gezielte Informationen für Stoffwechselung,
 Wirksamkeit und Sicherheit von Medikamenten und
 Empfehlungen zur klinischen Nutzung mit mobiler App/ Web-App

Portal-Zugang auf my.pgsbox.de und pharماسensor.net zu analysebezogenen
 Informationen (nur bei persönlicher Aktivierung des Zugangs).

Kostenübernahmeerklärung für pharmakogenetische Diagnostik

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung und beauftrage ärztliche
 Leistungen. Mir ist bekannt, dass meine Krankenversicherung nicht verpflichtet ist, die
 Kosten dieser Leistungen zu übernehmen. Ich werde die Kosten selbst tragen und bin
 damit einverstanden, dass die Abrechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte)
 erfolgt.



Datum _____ Unterschrift _____

Klinische Informationen

V.a. Brust-/Ovarialkarzinom
 (ICD10: C50.9/C56)

Proband /in ist erkrankt: ja nein

Stammbaum

Symbole

- | | | |
|----------|----------|---|
| weiblich | männlich | |
| | | nicht betroffen |
| | | betroffen |
| | | verstorben |
| | | keine Angabe zum Geschlecht / Schwangerschaft |
| | | eineiige Zwillinge / zweieiige Zwillinge |
| | | Ratsuchende/r Proband/in |

Indikationskriterien für gesetzlich Versicherte, bitte ausfüllen:

Um die Voraussetzungen für eine Erstattung des HBOC-Panels für gesetzlich versicherte Patienten zu erfüllen, muss mindestens eines der folgenden Kriterien zutreffend sein: Aus einer Familie erkrankt sind, mindestens

- drei Frauen mit Brustkrebs, unabhängig vom Alter
- zwei Frauen mit Brustkrebs, davon eine jünger als 51 Jahre
- eine Frau mit beidseitigem Brustkrebs, jünger als 51 Jahre
- eine Frau mit triple-negativem Brustkrebs, jünger als 51 Jahre
- eine Frau mit Brustkrebs, jünger als 36 Jahre
- eine Frau mit Brustkrebs und eine Frau mit Eierstockkrebs, unabhängig vom Alter
- eine Frau mit Brust- und Eierstockkrebs, unabhängig vom Alter
- zwei Frauen mit Eierstockkrebs, unabhängig vom Alter
- eine Frau mit Eierstockkrebs, jünger als 81 Jahre
- ein Mann mit Brustkrebs und eine Frau mit Brust- oder Eierstockkrebs, unabhängig vom Alter

Allgemeine und präanalytische Hinweise

Genetische Untersuchungen belasten nicht das Laborbudget.

https://www.kbv.de/media/sp/2016-10-26_Praxisinformation_Genetische_Laboruntersuchungen_Veranlasser.pdf

ICD10 Nummer / Diagnose / Verdachtsdiagnose

Auftrag

Vertragsarztstempel und Unterschrift

Probenmaterial

EDTA-Blut: 3 ml/ Raumtemperatur

Analysedauer

abhängig vom Analyseumfang 2 - 8 Wochen

Probenversand:

normaler Postweg Mo.- Sa.

Versandmaterial:

anzufordern unter Tel. 069 - 530 84 37- 0