



Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
 Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschaftskennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

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
- 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



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.

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

Ich möchte über solche Zusatzbefunde informiert werden. Meine Untersuchungsergebnisse werden an die im Auftrag angegebenen Ärzte übermittelt

Name /Vorname: beratender Arzt (Druckschrift) Unterschrift

Datum

Unterschrift Name/Vorname:Patient/ gestzl.Vertreter/ Erziehungsberechtigter

Kostenübernahmeerklärung 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.

Für Selbstzahler:

Sie enthalten 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.

- 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.

Unterschrift

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



Molekulargenetische Diagnostik

Exom-Analyse bei Verdacht auf genetische Ursache einer Erkrankung

Auf Basis einer Komplettssequenzierung nahezu aller codierender Gene (Whole Exome Sequencing, WES) erfolgt für die aktuelle Fragestellung die bioinformatische Auswertung und medizinisch-klinische Interpretation von entsprechenden Genen/ Gruppen von Genen ("Gen-Panels").

- WES-Analyse zur Klärung u.g. Fragestellung

Probenmaterial

- EDTA-Blut
- DNA

Klin. Angaben/ Symptome

Proband/Patient erkrankt ja nein
Angehörige erkrankt ja nein
wenn ja, wer ist betroffen?

Wenn möglich, Arztbriefe/ Befunde beifügen

Häufige ausgewählte Anforderungen: Tumordispositionen

Erblicher Brust- und Eierstockkrebs

- **HBOC-Panel (Hereditary Breast and/or Ovarial Cancer)**
Analyse der nach aktuellem Kenntnisstand klinisch relevanten Core-Gene

Indikationskriterien für gesetzlich Versicherte, bitte angeben:
Aus gleicher Linie 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

Erblicher Darmkrebs

- **Kolorektalkarzinom**
(Colorectal carcinoma/ CRC, Hereditary non-polyposis colorectal carcinoma/ HNPCC, Lynch-Syndrom)

Indikationskriterien für gesetzlich Versicherte, bitte angeben:

- CRC mit Diagnose vor 50. Lj.
- CRC und anderer HNPCC-assoziiertes Tumor (gleich- / o. zweizeitig)
- Patient < 60 J. mit Darmkrebs
Dabei histologischer Hinweis für Mikrosatelliteninstabilität
- CRC und mind. ein erstgradig Verwandter mit Tumorerkrankung vor 50. Lj.
- CRC und mind. zwei erst- o. zweitgradig Verwandte mit CRC oder HNPCC-assoziiertem Tumor

Tumordispositionen

- **Tumordispositions-Panel**
Analyse von 128 mit Tumoren assoziierten Genen

Angabe Tumorerkrankung

Gezielte Therapie mit PARP-Inhibitoren

- **Analyse von 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
 - bei Pankreas-Adenokarzinom
 - bei Prostatakarzinom

Pharmakogenetik

- **PGS.Pharma 2.0**
Analyse auf 45 Varianten aus 12 Genen (Genotypisierung). Gezielte Empfehlungen für die Therapie betreffend mehr als 70 Wirksubstanzen. Entspricht dem aktuellen Standard des europäischen pharmakogenetischen Experten-Konsortiums (UPGx) und der Dutch Pharmacogenetics Working Group (DPWG).

Beinhaltet Aussagen zu häufig verabreichten Wirkstoffen, wie z.B.: **5FU (Fluorouracil), Siponimod, Clopidogrel, Statine, Tamoxifen, Thiopurin**

PKV/ Selbstzahlerleistung: 285,04 €
Bitte Kostenübernahme umseitig unterschreiben

Aufgrund der großen Menge der Informationen ist für den klinischen Einsatz die Nutzung der mobilen und der Web-APP empfohlen.

App Store Google Play

Pharma.sensor App
einfach downloaden und installieren durch einscannen des QR-Codes



- **PGS.5FU**
Fluorouracil, Capecitabin, Tegafur und Flucytosin
Analyse des DPYD-Gens
GKV-Patienten: Überweisungsschein umseitig
PKV-/Selbstzahlerleistung: 131,39 €

- **PGS.Siponimod**
Siponimod (MAYZENT)
Analyse des CYP2C9-Gens
GKV-Patienten: Überweisungsschein umseitig
PKV/ Selbstzahlerleistung: 111,27 €



Allgemeine und präanalytische Hinweise

Die genetische Diagnostik belastet **nicht** das Laborbudget des überweisenden Arztes. Siehe auch:
https://www.kbv.de/media/sp/2016-10-26_Praxisinformation_Genetische_Laboruntersuchungen_Veranlasser.pdf

Probenmaterial:

EDTA-Blut:

3-5 ml / Raumtemperatur (RT)

DNA:

5-20 µg / RT

Probenversand:

normaler Postweg Mo.-Sa.

Analysedauer:

3-8 Wochen in Abhängigkeit vom Analyseumfang

Versandmaterial anzufordern unter Telefonnummer 069 - 530 84 370