


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassennr.	Versichertennr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Institut für Humangenetik, OE 6300 Direktorin: Prof.in Dr. med. Brigitte Schlegelberger Carl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover www.mh-hannover.de/humangenetik.html		

Versichertenstatus

- privat versicherte Person
 § 116b

Barcode
Arztstempel


Auftrag zur molekulargenetischen Untersuchung bei V. a. hereditäres Mamma- und/oder Ovarialkarzinom (HBOC) oder zur Indikationsstellung einer PARP-Inhibitor-Therapie (Lynparza®)

1. Zugesandtes Material:

- EDTA-Blut Mundschleimhautabstrich Sonstiges: _____ Entnahmedatum: _____
 Tumormaterial des Ovarialkarzinoms mit EDTA Blut und Mundschleimhautabstrich

2. Gewünschte Diagnostik:

- a. Panelanalyse der Gene *BRCA1**, *BRCA2**, *ATM*, *CDH1*, *CHEK2[#]*, *BRIP1*, *PALB2**, *RAD51C**, *RAD51D** und *TP53* (Diagnostik auf pathogene Keimbahnvariante(n) bei erfüllten Stammbaumkriterien, s. unter: **3.**)
 *Sequenzierung der kodierenden Abschnitte und MLPA-Analyse des Gens auf größere Deletionen/Duplikationen; [#]*CHEK2*: Sequenzierung der kodierenden Abschnitte und MLPA-Analyse auf zwei häufige Mutationen
- b. Untersuchung auf bekannte familiäre pathogene Variante (s. unter: **4.**)
- c. Untersuchung von Tumormaterial eines Ovarialkarzinoms (Indikationsstellung zur Lynparza®-Therapie s. unter **5.**)

3. Indikation für die Untersuchung bei Patient/in mit V. a. erblichen Brust – und Eierstockkrebs (HBOC):

Bei Anforderung einer **kompletten Panelanalyse** der o.g. Gene **mus**s mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt sein (Zutreffendes bitte ankreuzen, die Erkrankungen müssen in der **gleichen Linie einer Familie** aufgetreten sein; **V. a. HBOC** bei einer an Brust- und/oder Eierstockkrebs erkrankten „Indexpatientin“; bisher keine pathogene Variante in einem der o.g. Gene in der Familie bekannt):

- mindestens drei Frauen mit Mammakarzinom
- mindestens zwei Frauen mit Mammakarzinom, davon eine Erkrankung vor dem 51. Geburtstag
- mindestens eine Frau mit Mammakarzinom und eine Frau mit Ovarialkarzinom
- mindestens zwei Frauen mit Ovarialkarzinom
- mindestens eine Frau und ein Mann mit Mammakarzinom
- mindestens eine Frau mit Ovarialkarzinom und ein Mann mit Mammakarzinom
- mindestens eine Frau mit Mammakarzinom vor dem 36. Geburtstag
- mindestens eine Frau mit bilateralem Mammakarzinom (Ersterkrankung vor dem 51. Geburtstag)
- mindestens eine Frau mit Mamma- und Ovarialkarzinom
- mindestens eine Frau mit triple-negativem Mammakarzinom (Ersterkrankung vor dem 50. Geburtstag)
- mindestens eine Frau mit Ovarialkarzinom (Ersterkrankung vor dem 80. Geburtstag)

Andere Konstellationen werden aktuell in den Kriterien des „Konsortiums erblicher Brust- und Eierstockkrebs“ nicht berücksichtigt. Gegebenenfalls kann dennoch eine Diagnostik erfolgen; **bitte sprechen Sie uns in diesen Fällen an** (Kontakt s. Seite 2 unten). Mögliche andere Indikationen für die Analyse:

- sonstige Tumorerkrankungen bei der Patientin: _____
- Stammbaum nicht ausreichend beurteilbar (z. B. sehr kleine Familie, leibliche Eltern nicht bekannt)

Falls bekannt können Sie hier den erreichten Punktwert aus der „DKG-Checkliste zur Erfassung einer möglichen erblichen Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs“ eintragen (bitte Kopie der Checkliste beilegen):

Checklisten Score: _____ (siehe http://www.krebsgesellschaft.de/checkliste_erbliche_Belastung)

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

4. Bei Anforderung einer Untersuchung auf eine **bereits in der Familie bekannte pathogene Variante** (d. h. ein Indexpatient ist in der Familie bereits untersucht und es wurde eine pathogene Variante nachgewiesen):

- Welche familiäre pathogene Variante liegt in der Familie vor (**obligat**: bitte Kopie des Befundes beilegen)?
Gen: _____ Pathogene Variante: _____
- Erkrankung des Indexpatienten in der Familie (z. B. Brustkrebs)? _____
- Verwandtschaftsverhältnis der/des untersuchten Indexpatienten/in der Familie zu Ihrer Patientin (z.B. Mutter)?

5. Bei Anforderung einer BRCA1/2-Testung in Tumormaterial (Patientin mit Ovarialkarzinom zur Indikationsstellung einer Lynparza®-Therapie, **Voraussetzung**: Platin-sensitives, high grade (G 3) Karzinom, serös, im Rezidiv; Stammbaumkriterien müssen nicht erfüllt sein) stellen Sie uns bitte folgendes zur Verfügung:

- Tumorblock des Ovarialkarzinoms (bzw. Tubenkarzinom oder Peritonealkarzinose)
- EDTA Blut (7.5 ml)
- Mundschleimhautabstrich
- Histologischer Befund des Ovarialkarzinoms
- Angaben zur Familienanamnese (s. unter 3.) und Stammbaum (s. Seite 3)

6. Fast Track-Analyse: In der Routinediagnostik liegt das Untersuchungsergebnis innerhalb von 6 Wochen vor. Falls Sie das Ergebnis der Untersuchung z. B. zur Therapieplanung eher benötigen („fast track“), bitten wir um Angabe der klinischen Indikation für diese vorgezogene Untersuchung.

- Begründung für Fast Track-Analyse (z.B. OP-Indikation) _____
- Das Ergebnis muss vorliegen bis (**Untersuchungsdauer mindestens 14 Werktage**):
Datum: _____
- Befundmitteilung per Fax unter folgender Fax-Nr.:

7. Folgende weitere Anlagen werden benötigt (bitte **vollständig beilegen**):

- Einwilligung zur Gendiagnostik (unterschrieben von Patient/in und aufklärendem Arzt)
(nur für externe Einsendungen, s. Seite 4)
- Zusage Kostenübernahme der Krankenversicherung (ggf. bitte nachreichen – die Diagnostik kann erst durchgeführt werden, wenn die Kostenübernahme geklärt ist!)
- Einwilligung in Forschung (optional)
- Histologische Befunde und Tumorstadium (Arztbericht) der Patientin
- Stammbaum der Familie (nur für externe Einsendungen, s. Seite 3)
- Teilnahmeerklärung an der integrierten Versorgung (nur für externe Einsendungen, s. Seite 5)

Eine Kopie dieses Dokuments habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

ggf. Stempel

Name in Druckschrift und
Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes

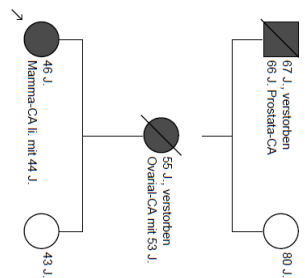
Tel.

Fax

Bei Rückfragen kontaktieren Sie uns bitte unter der Tel. Nr. 0511-532-3114

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Stammbaum (insbes. weitere an Krebs erkrankte Verwandte)



Frau



Mann



erkrankt, Indexpatientin



Überrägerin



Geschlecht unbekannt



verstorben

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz*

Ich erkläre mich einverstanden mit der	Ja	Nein
Durchführung genetischer Untersuchungen wie umseitig angekreuzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anforderung meiner Krankenunterlagen/Tumorgewebe und ggf. weitere Untersuchungen/ Zweitbefundungen durch Mitarbeiter der MHH bzw. der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiterleitung des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbewahrung relevanter Daten/Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, damit sie ggf. meinen Angehörigen für spätere Untersuchungen zur Verfügung stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchungen zur Ergebniskontrolle, Qualitätssicherung und ggf. für neue Diagnostikmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Probenmaterial, Datenweitergabe (auch Asservierung von DNA/Plasma aus einer EDTA-Blutprobe bzw. Serum aus einer Serum-Blutprobe von mir in der Biobank der MHH) sowie Publikation von Ergebnissen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form im Rahmen von Forschungsprojekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermittlung meines Befunds an einen in gleicher Weise kompetenten Vertreter der verantwortlichen ärztlichen Person durch das beauftragte Labor - in Ausnahmefällen – sowie Befundmitteilung an mich durch diesen Vertreter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilung von klinisch relevanten Zufallsbefunden im Rahmen der Untersuchung, unabhängig von der aktuellen Fragestellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilung von klinisch relevanten Forschungsergebnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiterleitung der Daten für Abrechnungszwecke an eine ärztliche Verrechnungsstelle (ohne Bekanntgabe des Untersuchungsergebnisses).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an <u>alle</u> Familienangehörige / nur an folgende Familienangehörige: _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an mitbehandelnde Ärzte der MHH/der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ) und an die folgenden Ärzte: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich, dass ich ausreichend über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft sowie mögliche Risiken und psychosoziale Auswirkungen der Untersuchungen aufgeklärt worden bin. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). (Nur bei zugesandten Proben: Mir wurde eine genetische Beratung angeboten, diese möchte ich zunächst nicht wahrnehmen. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit einen Beratungstermin in Anspruch nehmen kann).

Ort, Datum

Unterschrift der/s Patientin/en bzw. des /gesetzlichen Vertreters

Name der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes (in Druckschrift)

Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes

* Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetische Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor prädiktiven (vorhersagenden) Analysen eine genetische Beratung. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen darüber hinaus, die o. g. Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären.

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Teilnahmeerklärung an der integrierten Versorgung (privat versichert)

Fam.-Nr.:

vom Institut auszufüllen

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zur Teilnahme an der integrierten Versorgung (§ 140aSGB V) zur „Risikofeststellung und Gendiagnostik für Patientinnen/en mit familiärer Belastung für Brust- und /oder Eierstockkrebs und deren Angehörigen“ -MHH Hannover.

Folgende Angaben benötigen wir von Ihnen:

Name der/s Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

Name der (Privat-) Versicherung: _____

Adresse der (Privat-) Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Ihre Teilnahme an dieser integrierten Versorgung ist freiwillig und kann daher jederzeit schriftlich (oder ggf. mündlich unter Zeugen) widerrufen werden. Wir haben Sie über den Zweck Ihrer Teilnahme und über die Freiwilligkeit aufgeklärt.

Ort / Datum

Unterschrift der/s Ratsuchenden

Ort/Datum

Unterschrift der/s Ärztin/Arztes aus dem Beratungsteam