

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

Ambulanzzentrum
der **MHH** GmbH

Barcode Humangenetik

Versichertenstatus

Kasse:

ambulant (bitte Überweisungsschein
Muster 10)

Arztstempel

Ambulanzzentrum der MHH, angestellte Ärzte:
Dr. med. B. Auber, PD Dr. med. habil. A.K. Bergmann,
Prof.in Dr. med. G. Göhring, Dr. med. S. Morlot,
Dr. med. T. Ripperger PhD, Prof. in Dr. med. B. Schlegelberger ,
Dr. med. C. Scholz

Fachbereich Humangenetik, OE 6300
Prof.in Dr. med. Brigitte Schlegelberger
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
www.mh-hannover.de/humangenetik.html



Untersuchungsauftrag 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, 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 familiär bekannte pathogene Variante (s. unter: **4.**)
- c. Untersuchung von Tumormaterial eines Ovarialkarzinoms (Indikationsstellung zur Lynparza-Therapie, s. unter **5.**)

3. Indikation für die Untersuchung bei V. a. erblichen Brust- und Eierstockkrebs (HBOC):

Bei Anforderung einer **Panelanalyse** der o.g. Gene **muss** 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 3 Frauen sind an Brustkrebs erkrankt
 mindestens 2 Frauen sind an Brustkrebs erkrankt, davon 1 vor dem 51. Lebensjahr
 mindestens 1 Frau ist an Brustkrebs und 1 Frau an Eierstockkrebs erkrankt
 mindestens 1 Frau ist an Eierstockkrebs erkrankt
 mindestens 1 Frau ist an Brust- und Eierstockkrebs erkrankt
 mindestens 1 Frau mit 35 Jahren oder jünger ist an Brustkrebs erkrankt
 mindestens 1 Frau mit 50 Jahren oder jünger ist an bilateralem Brustkrebs erkrankt
 mindestens 1 Mann ist an Brustkrebs und eine Frau an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankt

Andere Konstellationen werden aktuell nicht berücksichtigt. Gegebenenfalls kann dennoch eine Diagnostik erfolgen; **bitte sprechen Sie uns in diesen Fällen an** (Kontakt unten).

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: _____

Ambulanzzentrum der MHH GmbH
Geschäftsführer: Dr. med. Karen Deegener, Dipl.-Kfm. Kaspar Stubendorff, Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. med. H.-H. Kreipe
Bank für Sozialwirtschaft, IBAN DE41 2512 0510 0009 4960 00, SWIFT/BIC BFSWDE33HAN
Sitz der Gesellschaft: Hannover, Amtsgericht Hannover HRB 202179, USt-IdNr: DE256712359

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)
- Einwilligung in Forschung (optional)
- Histologische Befunde und Tumorstadium (Arztbericht) der Patientin
- Überweisungsschein (Muster 10 – sofern eine Ausstellung möglich ist)
- Stammbaum der Familie (s. Seite 3)

X X

Datum, Ort **Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter**

Eine Kopie dieses Dokuments habe ich erhalten.

X

Ort/Datum Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

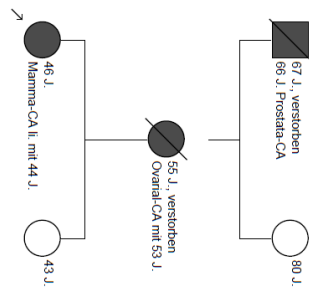
X X X X

ggf. Stempel **Name in Druckschrift und** **Tel.** **Fax.**
Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes

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

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Stammbaum (insbes. weitere erkrankte Verwandte, Blutsverwandschaft):



Frau



Mann



erkrankt, Indexpatientin



Überträgerin



Geschlecht unbekannt



verstorben

Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz

Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz - GenDG) vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2529, 3672)

Mit der Durchführung genetischer Untersuchungen wie umseitig angegeben erkläre ich mich einverstanden:

Ich erkläre mich einverstanden mit der	Ja	Nein
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 Zusatzbefunden Im Rahmen genetischer Analysen können Informationen gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, aber trotzdem von medizinischer Bedeutung sein können (sogenannte Zusatzbefunde). Zusatzbefunde können eine unmittelbare klinische Bedeutung haben und therapierelevant sein. Im Falle eines Nachweises will ich über Zusatzbefunde benachrichtigt werden, aus denen sich für mich ein relevantes Risiko für Erkrankungen ergibt, für welche etablierte Therapien bzw. Früherkennungsmaßnahmen zur Verfügung stehen. Ein Anspruch auf Vollständigkeit oder eine zukünftige Aktualisierung solcher Zusatzbefunde besteht nicht. Das Gendiagnostikgesetz schränkt genetische Untersuchungen ein (z.B. bei Kindern auf Grund fehlender Konsequenzen im jungen Alter), so dass ggf. auch - entgegen einer Zustimmung - keine Mitteilung von Zusatzbefunden erfolgt. In diesen Fällen können die Zusatzbefunde zu einem späteren Zeitpunkt (nach Erreichen der Einverständnishaftigkeit der untersuchten Person, i.d.R. ab Erreichen der Volljährigkeit) erfragt werden.	<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 alle 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"/>

¹ 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). Mit einem für die Bearbeitung erforderlichen Austausch personenbezogener und medizinischer Daten zwischen dem Ambulanzzentrum der MHH GmbH und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) bin ich einverstanden.

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

X

X

Datum, Ort Unterschrift Patient/in / ggf. gesetzlicher Vertreter

Eine Kopie dieses Dokuments habe ich erhalten.

X

Ort/Datum Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

X

X

X

Datum, Ort Name in Druckschrift Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes

Laborüberweisungsschein Muster 10 - Ausfüllhilfe

Bitte füllen Sie den Laborüberweisungsschein (Muster 10) unter Beachtung folgender Punkte vollständig aus:

1 Krankenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 24.05.2011

2 Name, Vorname des Versicherten

3 Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

3 Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

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

Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an Telefon Nr. Fax Nr.

**Überweisungsschein für Laboratoriums-
untersuchungen als Auftragsleistung**

4 Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

5 **Auftragsnummer des Labors**
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!


6 ggf. Kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion eingeschränkter Leistungsanspruch

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

10



7 Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

8 Auftrag

9 **Verbindliches Muster**

Vertragsgesamtstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (1.2012)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schüderunfällen

Angegeben werden müssen:

1. Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname und Geburtsdatum
2. Kassennummer, Versichertennummer und Status
3. Betriebsstättennummer, Arztnummer und Datum
 - Achtung: Das Datum darf **nicht nach dem Datum** der Materialentnahme liegen
4. Kreuz bei Kurativ setzen
5. Ggf. **kann** eine Ausnahmeindikationsziffer eintragen werden
6. Richtiges Quartal
7. Diagnose/Verdachtsdiagnose
8. Auftrag
9. Überweisungsschein mit Stempel und Unterschrift des überweisenden Arztes versehen