

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

Barcode
---------

**Versichertenstatus**

**Kasse:**

stationär

§ 116

**Privat:**

ambulant

stationär

Arztstempel
-------------

Institut für Humangenetik, OE 6300  
Direktorin: Prof. Dr. med. Brigitte Schlegelberger  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
[www.mh-hannover.de/humangenetik.html](http://www.mh-hannover.de/humangenetik.html)



## Auftrag zur molekulargenetischen Untersuchung bei V. a. hereditäres, nicht-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC, Lynch-Syndrom)

**Ansprechpartner: OA Dr. med. Bernd Auber Tel.: 0511 532 8719**

**FAX: 0511 532 5865**

**Material** (bei Sequenzierungen vorzugsweise 7,5ml EDTA-Blut): Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

EDTA-Blut  DNA  Wangenschleimhautabstrich  anderes: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Diagnostik:**

**A.** entsprechender immunhistochemischer Befund liegt vor:

Untersuchung der Gene MLH1 und PMS2  Untersuchung der Gene MSH2 und MSH6

**B.** Tumormaterial für eine Mikrosatelliten-Instabilitätsmessung / Immunhistochemie liegt **nicht** (mehr) vor:

Untersuchung der Gene MLH1, PMS2, MSH2 und MSH6 (kein Tumormaterial mehr vorhanden für immunhistochemische Diagnostik, **aber Amsterdam-II-Kriterien erfüllt**)

**C.**  Untersuchung auf bekannte familiäre Mutation (bitte aussagekräftige Befunde beilegen!)

Seit dem 01.07.2015 ist für die molekulargenetische Diagnostik bei V. a. hereditäres, nicht-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC, Lynch-Syndrom) eine Änderung der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik nach § 135 Abs. 2 SGB V in Kraft getreten. Die genetische Untersuchung durch das Labor darf somit erst erfolgen, wenn „die Indikationsstellung aus den Auftragshinweisen geprüft und beurteilt werden kann“. Dafür sind folgende vollständige **Angaben erforderlich (bitte jeweils die Punkte zu A, zu B oder zu C ausfüllen)**:

**Zu A:** Tumormaterial des o. g. Patienten (m/w) bzw. eines Verwandten (Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_) liegt vor.

Eine Testung des Tumormaterials auf Mikrosatelliteninstabilität und eine immunhistochemische Untersuchung ist bereits erfolgt (bitte Befund beilegen):

Mikrosatelliteninstabilität liegt vor

immunhistochemische Untersuchung auffällig mit Ausfall/Expressionsminderung von

MLH1  PMS2  MSH2  MSH6

**Zu B:** Tumormaterial des Patienten (m/w) bzw. eines Verwandten liegt **nicht** mehr vor. Eine Testung auf alle vier mit einem Lynch-Syndrom assoziierten Gene kann trotzdem erfolgen, **wenn** die sog. **Amsterdam-II-Kriterien alle** erfüllt sind:

- vorangegangener Ausschluss einer familiären adenomatösen Polyposis (FAP),
- mindestens drei Familienangehörige erkrankten an einem HNPCC-assoziierten Karzinom, wovon **einer** Verwandter ersten Grades der beiden anderen ist,
- Erkrankungen in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Generationen und
- mindestens ein Patient mit der Diagnose eines Karzinoms ist jünger als 50 Jahre.

**zu C:** In der Familie ist bereits eine Mutation in einem der vier mit einem Lynch-Syndrom assoziierten Gene bekannt (Gen, Mutation, Verwandtschaftsgrad der Indexperson): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **(bitte Kopie des Befundes beilegen!)**

**Einverständnis des Patienten/der Patientin/des (gesetzl.) Vertreters (gem. GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung**

– bzw. ggf. Kopie einer gem. GenDG verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme. **Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden.** Sie können ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial überlasse ich hiermit dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat, für eine ggf. erforderliche oder gewünschte Überprüfung des Ergebnisses, weiterführende genetische Untersuchungen zur Diagnosefindung, laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen, Lehre oder wissenschaftliche Zwecke. Mit der Asservierung von DNA/Plasma aus einer EDTA-Blutprobe bzw. Serum aus einer Serum-Blutprobe von mir in der Biobank der MHH für Forschungszwecke bin ich einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. **(Nichtzutreffendes bitte streichen)**

Gegebenenfalls bestätigt die laut GenDG verantwortliche ärztliche Person mit ihrer Unterschrift, dass ihr die Einverständniserklärung vorliegt.

**- Eine Kopie dieses Auftrags habe ich erhalten -**

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

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