

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

Ambulanzzentrum **MHH** GmbH

Barcode
---------

Versichertenstatus

Kasse:

ambulant (bitte Überweisungsschein Muster 10)

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

Ambulanzzentrum der MHH, angestellte Ärzte:  
 Dr. med. B. Auber, PD Dr. A. Bergman, Prof. in Dr. med. G. Göhring, Dr. med. S. Morlot, Dr. med. T. Ripperger, 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](http://www.mh-hannover.de/humangenetik.html)



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

Bei Rückfragen kontaktieren Sie bitte: **Tel.: 0511 532 3114**  
**FAX: 0511 532 4519**

<b>Material</b> (bei Sequenzierungen vorzugsweise 7,5 ml EDTA-Blut):	Entnahmedatum: _____
<input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> Wangenschleimhautabstrich <input type="checkbox"/> anderes: _____	
<b>Gewünschte Diagnostik:</b>	
<b>A.</b> entsprechender immunhistochemischer Befund liegt vor:	
<input type="checkbox"/> Untersuchung der Gene <i>MLH1</i> und <i>PMS2</i> <input type="checkbox"/> Untersuchung der Gene <i>MSH2</i> und <i>MSH6</i>	
<b>B.</b> Tumormaterial für eine Mikrosatelliten-Instabilitätsmessung / Immunhistochemie liegt <b>nicht</b> (mehr) vor:	
<input type="checkbox"/> Untersuchung der Gene <i>MLH1</i> , <i>PMS2</i> , <i>MSH2</i> und <i>MSH6</i> (wenn kein Tumormaterial mehr vorhanden für immunhistochemische Diagnostik aber <b>Amsterdam-II-Kriterien erfüllt</b> )	
<b>C.</b> <input type="checkbox"/> 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*

Ambulanzzentrum der MHH GmbH  
 Geschäftsführer: Dr. med. Karen Deegener, Dipl.-Kfm. Kaspar Stubendorff, Dr. med. Andreas Tecklenburg, 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

**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 -**

X

X

X

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

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

## Laborüberweisungsschein Muster 10 - Ausfüllhilfe

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

The image shows a form for a laboratory referral slip (Muster 10) with various fields and checkboxes. Red boxes and numbers 1-9 highlight specific areas for attention. The form includes fields for patient information, insurance details, laboratory order number, and medical notes. It also features checkboxes for treatment type, control examinations, and specific medical conditions. A QR code is present in the top right corner. The form is titled 'Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung' and includes a release date of 24.05.2011.

1. Krankenkasse bzw. Kostenträger, Name, Vorname und Geburtsdatum  
2. Kassennummer, Versichertennummer und Status  
3. Betriebsstättennummer, Arztnummer und Datum  
4. Kreuz bei Kurativ setzen  
5. Ggf. kann eine Ausnahmeindikationsziffer eingetragen werden  
6. Richtiges Quartal  
7. Diagnose/Verdachtsdiagnose  
8. Auftrag  
9. Überweisungsschein mit Stempel und Unterschrift des überweisenden Arztes versehen

### 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 eingetragen werden
6. Richtiges Quartal
7. Diagnose/Verdachtsdiagnose
8. Auftrag
9. Überweisungsschein mit Stempel und Unterschrift des überweisenden Arztes versehen