

## ANFORDERUNGSFORMULAR

### TUMORDIAGNOSTIK (KEIMBAHN)

(Humangenetische Leistungen berühren nicht das Budget!)

<b>Krankenkasse:</b>	<i>Patienteninformation</i>
<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Anschrift:</b>	

**Abrechnung:** Ambulant \_  
(bitte Laborüberweisungsschein 10 beifügen)  
Stationär \_  
Privat \_

**Befund an<sup>§</sup>** Einsender \_  
behandelnden Arzt \_

<sup>§</sup>Gemäß GenDG dürfen molekulargenetische Befunde **nur** an den verantwortlichen Arzt gesendet werden.

#### Angaben zum Patienten (Pränatale und dringende Untersuchungen bitte möglichst telefonisch ankündigen)

Geschlecht:  männlich  weiblich  
Besteht eine **Schwangerschaft**?  
 ja falls ja: SSW: \_\_\_\_\_  
 nein

**Material:**  DNA;  EDTA-Blut; Abnahmetag/Uhrzeit: \_\_\_\_\_;  \_\_\_\_\_

#### Klinische (Verdachts-)Diagnose, Anamnese, Klinik, Vorfunde, Familienanamnese:

Beachten Sie auch das Formular: Vorbereitung zur genetischen Beratung wegen möglicher erblicher Belastung für Brustkrebs, Eierstockkrebs und/oder andere Tumoren: (<http://humangenetik-freiburg.de/formulare/>).

#### Angeforderte Untersuchung: (das vollständige Leistungsverzeichnis finden Sie unter: [www.humangenetik-freiburg.de](http://www.humangenetik-freiburg.de))

##### bei V.a. erblichen Brust- und Eierstockkrebs

- 1. Stufe: BRCA1, BRCA2,
- 2. Stufe: CHEK2, PALB2, RAD51C
- 3. Stufe: weitere Gene bzw. umfassende Panel Diagnostik [GP148XL] (genehmigungspflichtig)

##### Polyposis coli, V. a. erblichen Darmkrebs

- APC
- HNPCC (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM (nur Del.))

##### sonstige Tumorprädispositionssyndrome:

- Gen(e): \_\_\_\_\_
- Tumorpanel\*1 Nr./Name: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie: ohne vollständig ausgefüllte Einwilligungserklärung können genetische Untersuchungen nach dem GenDG nicht durchgeführt werden.

Arztstempel und ggfs. Kontakt  
Informationen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      **X**                      Unterschrift, **Arzt**                      Name in Druckschrift

Probenmaterial und Versand: 5-10 ml EDTA-Blut.

\*1: Genpanels bis 25 kb sind seit 01.07.2016 EBM Leistung. Größere Panels sind genehmigungspflichtig -

Bitte schicken Sie die Probe inkl. Einwilligungs- und Anforderungsformular an:  
**Praxis für Humangenetik, Heinrich-von-Stephan-Str. 5 D-79100 Freiburg**

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR GENETISCHEN DIAGNOSTIK (gemäß Gendiagnostikgesetz, GenDG)

Patient/in: \_\_\_\_\_  
NAME, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### Untersuchung (Gene(e) bzw. Erkrankung, bitte ankreuzen/einfügen):

*Polyposis coli, V. a. erbliche Darmkrebs, relevante Gene (APC, HNPCC-Gene, ggf. weitere relevante Gene)*

*Erblicher Brust- und Eierstockkrebs (BRCA1 und BRCA2, ggf. weitere relevante Gene)*

oder. \_\_\_\_\_

### Bitte ankreuzen:

Es handelt sich um eine Untersuchung auf Anlageträgerschaft für die bezeichnete Erkrankung?  
(prädiktiv, *aktuell keine klinischen Symptome*) Ja  Nein

Wenn ja, wurde eine genetische Beratung durchgeführt? Ja  Nein

Ich bitte um Mitteilung aller Zusatzbefunde, die nach aktuellem Wissensstand eine gesundheitliche  
Bedeutung für mich oder meine Familie haben: Ja  Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt wurde
- ich der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zustimme
- mir ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt wurde
- ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass **(Nichtzutreffendes bitte streichen)**

- die bei mir gefundenen genetischen Veränderungen unter Wahrung der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes (Anonymisierung, bzw. Pseudonymisierung) auch für wissenschaftliche Zwecke verwandt werden können.
- verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann (Übereignungsverfügung nach §950 BGB).
- ggf. der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes med. Kooperationslabor weitergeleitet wird
- die Untersuchungsergebnisse über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden können.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X

Unterschrift Patient/in bzw. Vormund

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt (Name in Druckschrift)

Bitte beachten Sie: **unbedingt erforderlich** sind alle hier geforderten Angaben, also auch **Unterschriften von Arzt und Patient**. Bei Vorliegen unzureichend ausgefüllter bzw. nicht oder nur zum Teil unterschriebener Erklärungen darf nach GenDG keine Untersuchung erfolgen!

Bitte schicken Sie die Probe inkl. Einwilligungs- und Anforderungsformular an:  
**Praxis für Humangenetik, Heinrich-von-Stephan-Str. 5 D-79100 Freiburg**