

Krankenkasse des Versicherten

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt ☐ unbekannt



MVZ Humangenetik Ulm
Humangenetik und Labormedizin

Adresse/ Stempel Einsender

Name, Vorname

Adresse

PLZ/ Ort

Kostenträger

- ☐ GKV (Laborschein 10 mit Diagnose/ ICD 10) ☐ Stationär (Rechnung an Klinik)
☐ PKV (Kostenübernahmeerklärung erforderlich) ☐ ASV-Patient/in
☐ IGeL (Kostenübernahmeerklärung erforderlich)

Anforderungsbogen HNPCC/ Lynch-Syndrom

Untersuchungsmaterial

- ☐ EDTA-Blut (Menge: 2-5 ml)
☐ Sonstiges _____
☐ Entnahmedatum _____
☐ Eilige Probe, Grund _____

- ☐ **diagnostisch**, Patient/in ist betroffen
☐ **prädiktiv**, Patient/in ist nicht betroffen
Indexpatient hat folgende Genveränderung/en

(bitte molekulargenetische Befunde des Indexpatienten beilegen)

Eigenanamnese / Indikation / Verdacht

Wurden bereits genetische Untersuchungen durchgeführt? Wenn ja, bitte entsprechende/n Befund/e beilegen ☐ Ja ☐ Nein

Familienanamnese

Indikationskriterien für die molekulargenetische Untersuchung bei V.a. HNPCC, Lynch-Syndrom*

Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, Indikationsstellung entsprechend der revidierten Bethesda Kriterien (bitte ausfüllen)

Mindestens eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein

- ☐ Patienten mit kolorektalem Karzinom vor dem 50. Lebensjahr
☐ Patienten mit synchronen oder metachronen kolorektalen Karzinomen oder anderen HNPCC-assoziierten Tumoren, unabhängig vom Alter
☐ Patienten mit kolorektalem Karzinom mit MSI-H Histologie vor dem 60. Lebensjahr
☐ Patient mit kolorektalem Karzinom (unabhängig vom Alter), der einen Verwandten 1. Grades mit einem kolorektalen Karzinom oder einem HNPCC-assoziierten Tumor vor dem 50. Lebensjahr hat
☐ Patient mit kolorektalem Karzinom (unabhängig vom Alter), der mindestens zwei Verwandte 1. oder 2. Grades hat, bei denen ein kolorektales Karzinom oder ein HNPCC-assoziiierter Tumor (unabhängig vom Alter) diagnostiziert wurde

Direkte Analyse der HNPCC-Gene, Indikationsstellung entsprechend der Amsterdam-II-Kriterien (wenn kein Tumormaterial vorliegt)

Alle Kriterien müssen erfüllt sein

- ☐ 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
☐ mindestens ein Patient mit der Diagnose eines Karzinoms ist jünger als 50 Jahre

*Indikationskriterien der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik müssen bei gesetzlich versicherten Patienten erfüllt sein, Kostenübernahmeerklärung bei Privatpatienten erforderlich.

Anforderung

- ☐ Kolonkarzinom, familiäres (HNPCC/Lynch-Syndrom, Bethesda- Kriterien erfüllt) (MLH1, PMS2)
☐ Kolonkarzinom, familiäres (HNPCC/Lynch-Syndrom, Bethesda- Kriterien erfüllt) (MSH2, MSH6, EPCAM: Deletionsanalyse)
☐ Kolonkarzinom, familiäres (HNPCC/Lynch-Syndrom, Amsterdam- Kriterien erfüllt) (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM: Deletionsanalyse)

Einwilligung zur Übermittlung von Ergebnissen genetischer Untersuchungen in die elektronische Patientenakte

Ich bin damit einverstanden, dass Dokumente, die Ergebnisse der oben genannten genetischen Untersuchung(en) beinhalten, durch die beauftragende verantwortliche ärztliche Person/Arztpraxis/Klinik in meine elektronische Patientenakte eingestellt werden.

Mir ist bekannt, dass

- die Einwilligung bis auf Widerruf für alle Dokumente, die die Ergebnisse der genannten genetischen Untersuchung(en) beinhalten, gilt.
- ich die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann. Im Falle eines Widerrufs stellt die Arztpraxis künftig keine Dokumente, die Ergebnisse der oben genannten genetischen Untersuchung(en) enthalten, in die ePA ein.

Datum: _____ Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des gesetzlichen Vertreters: _____

Einwilligung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern/ Sorgeberechtigte,

nach Einschätzung Ihrer behandelnden Ärzte besteht die Möglichkeit, dass bei Ihnen/ Ihrem Kind eine genetische Veränderung (Mutation oder Variante) vorliegt, die bereits zu Krankheitszeichen geführt hat oder in Zukunft dazu führen könnte. Nach Vorgabe des GenDG darf die Untersuchung nur mit Ihrer nachfolgenden Einwilligungserklärung durchgeführt werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Sie von Ihrem behandelnden Arzt über Aussage und Konsequenzen der o.g. Untersuchung umfassend aufgeklärt wurden und Sie diese Erklärungen verstanden haben.
- Sie vor der Einwilligung ausreichend Bedenkzeit zur Entscheidung für die geplanten Untersuchungen hatten.
- Ihnen bekannt ist, dass Sie Ihre Zustimmung jederzeit widerrufen und die Untersuchung abbrechen können (Recht auf Nichtwissen).
- Ihnen die Möglichkeit eines genetischen Beratungsgesprächs angeboten wurde.
- Sie mit der Entnahme des Probenmaterials für o.g. Untersuchung einverstanden sind.
- Sie mit den Datenschutzbedingungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) einverstanden sind.
- Alle Angaben, die Sie gemacht haben, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) unterliegen und ohne Ihre ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen. Sie können diese Einwilligungserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ich erkläre mich einverstanden mit (keine Auswahl wird als Ja gewertet)

- der Aufbewahrung des Probenmaterials für weiterführende Untersuchungen zur Diagnosefindung, eventuellen Überprüfung der Ergebnisse oder Qualitätskontrolle.
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren.
- der Weiterleitung des Probenmaterials und des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor, falls die Untersuchung in unserem Labor nicht durchgeführt werden kann.
- der Befundmitteilung an meinen behandelnden Arzt bzw. weitere Ärzte.
- der Aufbewahrung, Eintragung und Verwendung des Untersuchungsmaterials und dessen Ergebnisse in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken.
- der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern sowie der späteren Weitergabe der Befunde an folgende Familienmitglieder, falls ärztlich wichtig

Nein

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Ort/ Datum

Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person