

Krankenkasse des Versicherten

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ unbestimmt ☐ unbekannt

Anforderungsbogen familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Untersuchungsmaterial

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



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)

- ☐ **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. familiären Brust- und Eierstockkrebs (HBOC)*

Mindestens eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein

- ☐ mindestens 3 Frauen erkrankten an Brustkrebs, unabhängig vom Alter
- ☐ mindestens 2 Frauen davon eine jünger als 51 Jahre aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Brustkrebs
- ☐ mindestens 2 Frauen aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Eierstockkrebs
- ☐ mindestens 1 Frau erkrankte an Brustkrebs und 1 weitere Frau an Eierstockkrebs oder 1 Frau erkrankte an Brust- und Eierstockkrebs
- ☐ mindestens 1 Frau jünger als 36 Jahre erkrankte an Brustkrebs
- ☐ mindestens 1 Frau jünger als 50 Jahre erkrankte an bilateralem Brustkrebs
- ☐ mindestens 1 Mann erkrankte an Brustkrebs und 1 Frau an Brust- oder Eierstockkrebs

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

Anforderung

- ☐ Brust- und Eierstockkrebs, familiärer (HBOC)* (Genpanel gemäß den Konsensusempfehlungen des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs)

(Wir behalten uns vor, den Geninhalt der Panels auch kurzfristig nach aktuellstem Stand der Wissenschaft anzugleichen)

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 Beratungsgespräches 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