

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname Versicherte:r		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Ärztin/Arzt-Nr.	Datum

MVZ Medizinische Genetik Mainz
Haifa-Allee 38 | 55128 Mainz
Tel.: +49 6131 27661-0
info@medgen-mainz.de | www.medgen-mainz.de

Kostenträger

- ☐ Überweisungsschein Labor Muster 10 liegt bei
- ☐ Überweisungsschein folgt
- ☐ Rechnung an Einsender/Klinik
- ☐ Privatversichert, Rechnung an Patient:in
- ☐ Kostenvoranschlag bereits an Patient:in verschickt.
Warten auf Rückmeldung
- ☐ Selbstzahlerleistung (IGeL), Rechnung an Patient:in

Untersuchungsmaterial

- ☐ EDTA-Blut ☐ DNA (1 – 5 µg)

Einsender:in/Ärztin/Arzt/Adresse/Stempel

Barcode (für interne Zwecke)

Anforderungsformular – Molekulargenetische Diagnostik bei Tumorerkrankungen

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Indikation/Verdachtsdiagnose: _____

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ICD-10-Code: _____

Patient:in selbst erkrankt? ☐ ja ☐ nein

Klinische Informationen und Familienanamnese:

Klinische Informationen/Stammbaum (bitte auch Arztbrief/Befundkopie beifügen)

Tumorerkrankung(en) der Patientin / des Patienten: _____

Weitere Tumorerkrankungen in der Familie:

Wenn möglich mit Verwandtschaftsgrad und genauer Erkrankung

mütterlicherseits: _____

väterlicherseits: _____

Geschwister oder eigene Nachkommen: _____

Analyseauftrag therapierelevante Testungen (schnellstmögliche Bearbeitung / eilig)

- ☐ BRCA1/2 und PALB2 für PARP-Inhibitor-Therapie
- ☐ BRCA1/2 für PARP-Inhibitor-Therapie
- ☐ BRCA1/2 für sonstige Therapieplanung

Zur Anforderung von Liquid-Biopsy-Analysen verweisen wir auf unserer Website auf unser gesondertes [Anforderungsformular](#):



Anforderungsformular – Molekulargenetische Diagnostik bei Tumorerkrankungen

Analyseauftrag Genpanel für erbliche Tumorerkrankungen

EILIG: ☐

Bitte kreuzen Sie alle Genpanels für erbliche Tumorerkrankungen an, für die Sie eine gezielte Analyse wünschen.

Eine Auflistung aller Gene der unten genannten Genpanels finden Sie auf unserer Website in unserem [Leistungsverzeichnis](#):



- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) | ☐ HBOC+PRS* | ☐ Lynch-Syndrom (HNPCC) |
| ☐ Darmkrebs | ☐ Polyposis-Syndrome | ☐ Adenomatöse Polyposis |
| ☐ Endometriumkarzinom | ☐ Pankreaskarzinom | ☐ Magenkrebs |
| ☐ Gallengangs- und Leberkrebs | ☐ Prostatakarzinom | ☐ Gastrointestinale Stromatumoren |
| ☐ Multiple endokrine Neoplasien | ☐ Phäochromozytom / Paragangliom | ☐ Schilddrüsenkrebs |
| ☐ Nierenkrebs | ☐ Tuberöse Sklerose | ☐ Leiomyomatose |
| ☐ Von-Hippel-Lindau-Syndrom | ☐ Birt-Hogg-Dubé-Syndrom | ☐ Neurofibromatose |
| ☐ Melanom | ☐ Basalzellkarzinom | ☐ Gorlin-Syndrom |
| ☐ Neuroendokrine Tumoren | ☐ Hämatologische Neoplasien | ☐ Lungenkrebs |
| ☐ Meningeom | ☐ Hypophysenadenom | ☐ Retinoblastom |
| ☐ Li-Fraumeni-Syndrom | ☐ Cowden-Syndrom | ☐ Peutz-Jeghers-Syndrom |
| ☐ Fanconi-Anämie | ☐ Carney-Komplex | ☐ Xeroderma Pigmentosum |
| ☐ Osteosarkom | ☐ Rhabdomyosarkom | ☐ Rhabdoidtumor-Prädispositionssyndrom |
| ☐ Familiäre Tumorsyndrome (FamTuS)** | | |

* Polygener Risikoscore (PRS) für Brustkrebs zur Verwendung von CanRisk

** Dieses Genpanel deckt nicht alle obenstehenden Tumorerkrankungen vollständig ab, enthält jedoch die relevantesten Gene für familiäre Tumorsyndrome.

Analyseauftrag individuelle Analysen

EILIG: ☐

☐ Individuelles Panel mit folgenden Genen: _____

☐ Einzelgenanalyse: _____

☐ Einzelmutations-/ Segregationsanalyse: Gen: _____ Variante(n): _____

☐ Präventive genetische Analyse für Tumorerkrankungen (Selbstzahlerleistung) – bitte Kostenübernahmeerklärung beifügen!

Weitere Infos und eine Auflistung aller im Panel enthaltenen Gene finden Sie auf unserer Website in unserem [Leistungsverzeichnis](#):



Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum

Kontakt / Telefonnummer
der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes

X

Name in Blockschrift UND Unterschrift
der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes

Patient:inneneinwilligung

Ich wurde durch meine/n o.g. behandelnde/n Arzt/Ärztin über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung aufgeklärt. Ich hatte genügend Bedenkzeit und erkläre mit meiner Unterschrift mein Einverständnis zur Blut-/Gewebeentnahme und für die Durchführung der genetischen Untersuchungen entsprechend der oben genannten Anforderung bzw. zur Klärung der o. g. klinischen Fragestellung. Ich möchte über die erhobenen Ergebnisse der genetischen Analysen informiert werden. Über mein Recht auf Nichtwissen bin ich informiert worden. Der Untersuchungsauftrag darf bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Ich wurde darüber informiert, dass sich die Befundung auf die Veränderungen konzentriert, die in einem direkten Zusammenhang mit der klinischen Indikation/Diagnose stehen. Im Falle einer erweiterten Analyse (z. B. bei einer umfassenden Analyse für familiäre Tumorsyndrome [FamTuS] oder WES) erkläre ich mich zusätzlich mit dem Bericht folgender Varianten einverstanden:

- | | |
|--|---|
| • Von Veränderungen, die nicht mit der bestehenden Symptomatik bei mir selbst oder innerhalb meiner Familie in Zusammenhang stehen, die aber zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führen und deren Kenntnis zu einer verbesserten Behandlung und/oder Vorsorge führt (angelehnt an die Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG). | ☐ Ja ☐ Nein |
| • Von Veränderungen in bisher nicht krankheitsassoziierten Genen, deren Varianten nur nach weiterer wissenschaftlicher, experimenteller Untersuchung und Bestätigung für klinische Entscheidungen herangezogen werden können. | ☐ Ja ☐ Nein |

Mir ist bekannt, dass die erhobenen Ergebnisse entsprechend den gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden. Ich kann jederzeit die Vernichtung der Untersuchungsergebnisse verlangen, solange sie mir noch nicht mitgeteilt wurden. Ab Mitteilung unterliegen sie der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren.

- | | |
|--|---|
| • Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus gespeichert werden. | ☐ Ja ☐ Nein |
| • Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Daten in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke in pseudonymisierter Form sowie die Weitergabe im Rahmen wissenschaftlicher Projekte zu diesem Zwecke. | ☐ Ja ☐ Nein |

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit meiner Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden.

- | | |
|--|---|
| • Ich bin damit einverstanden, dass nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial und daraus gewonnene Extrakte dem ausführenden Labor übereignet werden, und gestatte die Verwendung für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke in pseudonymisierter Form sowie die Weitergabe im Rahmen wissenschaftlicher Projekte zu diesem Zwecke. | ☐ Ja ☐ Nein |
|--|---|

Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligungen jederzeit ganz oder auch in Teilen mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum

X

Unterschrift der Patientin / des Patienten
bzw. der gesetzlichen Vertreterin / des
gesetzlichen Vertreters