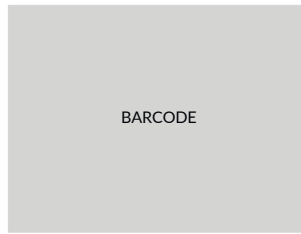


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG
TUMORPRÄDISPOSITIONSSYNDROME

Weitere Untersuchungsaufträge finden Sie unter www.medicover-diagnostics.de

EINSENDER (STEMPEL) KOSTENTRÄGER

Name - Anschrift - Unterschrift - Telefonische Durchwahl - E-Mail

GKV (gesetzlich versichert) - Laborüberweisungsschein Muster 10
 ambulant stationär, Rechnung an Klinik §116b Ambulanz
 Humangenetische Analysen aus EBM Kapitel 11 belasten nicht den Wirtschaftlichkeitsbonus oder das Laborbudget.
 IGeL / Selbstzahler
 PKV (privat versichert) ambulant stationär
 Kostenvoranschlag nach GoÄ erbeten

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Indikation: _____

Besteht eine Schwangerschaft / Schwangerschaft der Partnerin: Nein Ja SSW _____ + _____

Konsanguinität der Eltern: Nein Ja

KLINISCHE SYMPTOMATIK

Angaben zur Familienanamnese

Gibt es in der Familie weitere Betroffene mit ähnlicher Symptomatik? Nein Ja Wenn ja, wer? _____

Liegen genetische Vorbefunde von Verwandten vor? Nein Ja Wenn ja, bitte Befundkopie beilegen

UNTERSUCHUNGSMATERIAL

Entnahmedatum: _____ EDTA-Blut (2-5 ml) Sonstiges: _____

Uhrzeit: _____ DNA aus _____
 (≥ 250 ng; ≥ 100 ng/μl)

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

Unser Experten-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: info@medicover-diagnostics.de oder unter +49 89 895578-0

Diagnostisch Prädiktiv Pränatal
 Zieldiagnostik bei familiär bekannter Variante? Ja, bitte Befundkopie beilegen; alternativ, exakte Angabe von Gen, Variante und Transkript:
 Gen: _____ Variante: _____ Transkript: _____

PANELDIAGNOSTIK

Bitte für die drei nachfolgenden Indikationen Zutreffendes ankreuzen: die nachstehenden Angaben sind Pflichtfelder, unvollständig ausgefüllte Untersuchungsaufträge können nicht bearbeitet werden.

PARP-Inhibitor Therapieplanung

- BRCA1 / 2-Keimbahnanalyse zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung mit Olaparib**
- Rezidiv oder fortgeschrittenes *high-grade* epitheliales **Ovarialkarzinom / Eileiterkarzinom / primäres Peritonealkarzinom**
- HER2-negatives, lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes **Mammakarzinom**
- HER2-negatives **Mammakarzinom** im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko
- metastasiertes **Adenokarzinom des Pankreas**, das nach mind. 16-wöchiger Platin-haltiger Behandlung nicht progredient war
- metastasiertes kastrationsresistentes **Prostatakarzinom**

Familiäres Mamma- und Ovarialkarzinomsyndrom / HBOC

- Familiäres Mamma- und Ovarialkarzinomsyndrom / HBOC
(*ATM, BARD1, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHEK2, PALB2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53*)

Indikationskriterien für die molekulargenetische Diagnostik bei V.a. familiären Brust- und Eierstockkrebs (gemäß S3-Leitlinie Mammakarzinom), mindestens ein Kriterium muss erfüllt sein:

- Mind. 3 Frauen sind an Brustkrebs erkrankt
- Mind. 2 Frauen sind an Brustkrebs erkrankt, davon eine vor dem 51. Lebensjahr
- Mind. 1 Frau ist an Brustkrebs und 1 Frau an Eierstockkrebs erkrankt
- Mind. 2 Frauen sind an Eierstockkrebs erkrankt
- Mind. 1 Frau ist an Brust- und Eierstockkrebs erkrankt
- Mind. 1 Frau ist vor dem 36. Lebensjahr an Brustkrebs erkrankt
- Mind. 1 Frau ist vor dem 51. Lebensjahr an bilateralem Brustkrebs erkrankt
- Mind. 1 Mann ist an Brustkrebs und eine Frau an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankt
- prädiktive Untersuchung bei Heterozygotenrisiko $\geq 10\%$ und wenn kein Indexpatient zur Verfügung steht

Hereditäres nicht-polypöses Kolonkarzinom / HNPCC / Lynch-Syndrom

- HNPCC / Lynch-Syndrom (*MLH1* und *PMS2*, oder *MSH2, MSH6* und *EPCAM* (nur CNV-Analyse))
- Molekularpathologische Untersuchung am Tumorgewebe bei erfüllten revidierten Bethesda-Kriterien:**
- Mikrosatelliteninstabilität
- BRAF V600E* Mutation
- MLH1*-Promotormethylierung
- Keimbahndiagnostik der MMR-Gene (in Abhängigkeit vom immunhistochemischen Befund am Tumorgewebe):**
- Tumor mit Mikrosatelliteninstabilität / MSI
- Ausfall *MLH1* / *PMS2* in der IHC
- Ausfall *MSH2* / *MSH6* in der IHC
- Direkte Keimbahndiagnostik aller MMR-Gene (*MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM* (nur CNV-Analyse))**
- Amsterdam II-Kriterien: alle Kriterien müssen erfüllt sein**
- Vorangegangener Ausschluss einer familiären Adenomatösen Polyposis / FAP
 - Mindestens drei Familienangehörige mit histologisch gesichertem kolorektalen Karzinom oder einem Karzinom des Endometriums, Dünndarms, Ureters oder Nierenbeckens, einer davon mit den beiden anderen erstgradig verwandt
 - Erkrankungen in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Generationen
 - mindestens ein Patient mit Diagnosestellung vor dem 50. Lebensjahr

Gastrointestinale Tumore – Polyposis-Syndrome

- Familiär adenomatöse Polyposis / FAP, MAP
(APC, MUTYH, NTHL1, POLE, POLD1)
- Hamartomatöse Polyposis
(BMP1A, SMAD4, STK11, PTEN)
- Juvenile Polyposis Syndrom / JPS
(BMP1A, SMAD4)
- Serratierte / gemischte Polyposis
(RNF43, GREM1)
- Polyposis-Syndrom
(APC, BMP1A, CHEK2, MLH3, MSH3, MUTYH, NTHL1, POLD1, POLE, PTEN, RNF43, SMAD4, STK11, TP53, GREM1 (regulatorische Region von GREM1, nur CNV-Analyse))

Gastrointestinale Tumore - Weitere

- Hereditäres diffuses Magenkarzinom
(CDH1, CTNNA1)
- Hereditäres Pankreaskarzinom
(ATM, BRCA1, BRCA2, CDKN2A, PALB2, STK11, TP53)

Urologische Tumore

- Hereditäres Prostatakarzinom
(ATM, BRCA1, BRCA2, CHEK2, HOXB13, PALB2, TP53)
- Hereditäres Nierenzellkarzinom
(BAP1, FH, FLCN, MET, PTEN, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, VHL)

Endokrinologische Neoplasien / Tumore

- Multiple Endokrine Neoplasien / MEN
(CDKN1B, MEN1, RET)
- Paragangliom-Phäochromozytom-Syndrom
(MAX, RET, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, TMEM127, VHL)
- Primärer Hyperparathyreoidismus / pHPT
(AP2S1, CASR, CDC73, CDKN1B, GNA11, MEN1, RET)

Differenzialdiagnostik Familiäre hypokalziurische Hyperkalzämie (FHH) siehe Untersuchungsauftrag Endokrinologie

Endokrinologische Neoplasien / Tumore

- Multiple Endokrine Neoplasien / MEN
(CDKN1B, MEN1, RET)
- Paragangliom-Phäochromozytom-Syndrom
(MAX, RET, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, TMEM127, VHL)
- Primärer Hyperparathyreoidismus / pHPT
(AP2S1, CASR, CDC73, CDKN1B, GNA11, MEN1, RET)

Differenzialdiagnostik Familiäre hypokalziurische Hyperkalzämie (FHH) siehe Untersuchungsauftrag Endokrinologie

Hämatologische Neoplasien mit Keimbahnprädisposition / WHO

- Angeborene Neutropenien
(CSF3R, ELANE, G6PC3, GFI1, HAX1, JAGN1, SRP54, VPS45, WAS)
- Blackfan-Diamond-Anämie
(GATA1, RPL11, RPL15, RPL18, RPL23, RPL26, RPL27, RPL31, RPL35, RPL35A, RPL5, RPS10, RPS15A, RPS17, RPS19, RPS24, RPS26, RPS27, RPS28, RPS29, RPS7, TSR2)
- Syndrome mit Knochenmarksversagen
(ADH5, ALDH2, DNAJC21, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, SRP72, TP53, XPC)
- Chromosomenbruch-Syndrome / Non-Fanconi
(ATM, BLM, LIG4, NBN, RAD50, TOP3A, WRN)
- Fanconi-Anämie
(BRCA1, BRCA2, BRIP1, ERCC4, FANCA, FANCB, FANCC, FANCD2, FANCE, FANCF, FANCG, FANCI, FANCL, FANCM, MAD2L2, PALB2, RAD51, RAD51C, RFX5, SLX4, UBE2T, XRCC2)
- Schwachmann-Diamond-Anämie
(EFL1, SBDS)
- Sideroblastische Anämie
(ABC7, ALAS2, GLRX5, HSPA9, SLC19A2, SLC25A38, TRNT1)
- Telomeropathien / Dyskeratosis congenita
(ACD, CTC1, DKC1, NHP2, NOP10, PARN, RTEL1, TERC, TERT, TIN2, WRAP53)

Weitere Tumordispositionssyndrome

- Basalzellnävus-Syndrom / BCNS
(PTCH1, PTCH2, SUFU)
- Constitutional Mismatch Repair Deficiency Syndrom / CMMRDS
(MLH1, MSH2, MSH6, PMS2)
- Hereditäre Erythrozytose
(EGLN1, EPAS1, EPOR, VHL)
- Familiäres atypisches multiples Muttermal- und Melanomsyndrom / FAMMM
(CDKN2A, CDK4, POT1)
- Neurofibromatose Typ1 / 2, Legius-Syndrom
(NF1, SPRED1)
- Rhabdoid-Tumor-Prädispositionssyndrom / RTPS
(SMARCA4, SMARCB1)
- Schwannomatose
(LZTR1, SMARCB1, NF2)
- Tuberöse Sklerose Complex
(TSC1, TSC2)
- Xeroderma pigmentosum
(XPA, XPB, XPC, XPD, XPE, XPF, XPG, XPV)



EINZELGENINDIKATIONEN

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AIP-assoziiertes hereditäres isoliertes Hypophysenadenom (AIP) | <input type="checkbox"/> Nephroblastom / Wilms-Tumor (WT1) |
| <input type="checkbox"/> BAP1-Tumorprädispositionssyndrom (BAP1) | <input type="checkbox"/> Peutz-Jeghers-Syndrom / PJS (STK11) |
| <input type="checkbox"/> Birt-Hogg-Dubé Syndrom (FLCN) | <input type="checkbox"/> PIK3CA-assoziiertes segmentales Überwuchssyndrom (PIK3CA) |
| <input type="checkbox"/> CDC73-assoziierte Syndrome (CDC73) | <input type="checkbox"/> Pseudohypoparathyreoidismus / McCune-Albright-Syndrom (GNAS) |
| <input type="checkbox"/> DICER1-Syndrom (DICER1) | <input type="checkbox"/> PTEN-Hamartom Tumor Syndrom / PHTS - Cowden Syndrom / CS (PTEN) |
| <input type="checkbox"/> Hereditäre Leiomyomatose und Nierenzellkarzinom / HLRCC (FH) | <input type="checkbox"/> Retinoblastom (RB1) |
| <input type="checkbox"/> Hereditäres papilläres Nierenzellkarzinom / HPRCC (MET) | <input type="checkbox"/> Rothmund-Thomson-Syndrom (RECQL4) |
| <input type="checkbox"/> Li-Fraumeni Syndrom / LFS (TP53) | <input type="checkbox"/> von Hippel-Lindau Syndrom / VHL (VHL) |
| <input type="checkbox"/> Multiple endokrine Neoplasie Typ 1 / MEN1 (MEN1) | |
| <input type="checkbox"/> Multiple endokrine Neoplasie Typ 2A und B / MEN2 (RET) | |
| <input type="checkbox"/> Multiple endokrine Neoplasie Typ 4 / MEN4 (CDKN1B) | |

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG GEMÄß GENDIAGNOSTIKGESETZ (GENDG)

Mit meiner nachstehenden Unterschrift erkläre ich, dass ich

- von meinem behandelnden Arzt/behandelnden Ärztin über Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung gemäß GenDG aufgeklärt wurde
- ausreichend Gelegenheit hatte, offene Fragen zu besprechen
- mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial (Blut, Gewebe, bei Pränataldiagnostik Chorionzotten bzw. Fruchtwasser) einverstanden bin
- mit der Durchführung der genetischen Untersuchung zur Klärung der in Frage stehenden Indikation/Diagnose/Verdacht einverstanden bin

Ich erkläre außerdem meine Einwilligung zu nachstehenden Punkten: Ich bin damit einverstanden, dass ich

- mit der Auswertung zusätzlicher Gene der gleichen Indikationsgruppe im Rahmen der Forschung einverstanden bin Ja
- mit der Aufbewahrung des verbleibenden Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung einverstanden bin, jedoch keinen Anspruch auf Aufbewahrung erhebe Ja
- mein Probenmaterial und ggf. die DNA-Sequenzinformation anonymisiert für die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen zur Verfügung stelle Ja
- keine Einwände gegen eine Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Publikationen habe Ja
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren hinaus zustimme, jedoch keinen Anspruch darauf erhebe Ja
- der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags oder Teilen davon - falls erforderlich - an ein medizinisches Kooperationslabor zustimme Ja

Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass

- ich die Analyse jederzeit stoppen und die Vernichtung der bis dahin erzielten Ergebnisse verlangen kann
- ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann
- ich die bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs entstandenen Kosten in vollem Umfang übernehme
- die genetische Untersuchung und Begutachtung sich nur auf die angeforderte Indikation bezieht und keine Aussagen über andere Erkrankungen getroffen werden

Aufklärung zu Zusatzbefunden: In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit diesem Untersuchungsauftrag stehen, die aber nach aktuellem Wissenstand (gemäß Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben.

Über derartige Zusatzbefunde möchte ich informiert werden: Ja (kein Anspruch auf Vollständigkeit) Nein (keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet)

***Prädiktive Diagnostik** darf gemäß GenDG nur durch Fachärzte:innen für Humangenetik oder andere Ärzte:innen, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben, beauftragt werden (GenDG, §7,1).

Im Falle prädiktiver genetischer Diagnostik bestätige ich hiermit, als behandelnde:r Arzt / Ärztin, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.

 Ort, Datum **X** Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in **X** Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG – BEHANDLUNGSVERTRAG (PRIVATVERSICHERTE)

Hiermit bestätige ich die Kostenübernahme der beauftragten Leistungen, gegebenenfalls zuzüglich Auslagen nach §10 GOÄ. Im Falle einer Ablehnung der Kostenerstattung müssen die Ansprüche von mir gegenüber meinem Kostenträger selbst durchgesetzt werden.

Unser Abrechnungs-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: info@medicover-diagnostics.de.

 Ort, Datum Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG – IGE (INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLISTUNG)

Es ist mir bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt. Mir ist bekannt, dass für diese Leistung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen kein Erstattungsanspruch besteht. Ich beauftrage dennoch die oben genannten Leistungen. Hiermit bestätige ich die Kostenübernahme der beauftragten Leistungen, gegebenenfalls zuzüglich Auslagen nach §10 GOÄ.

Unser Abrechnungs-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: info@medicover-diagnostics.de.

 Ort, Datum Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in

ADRESSE FÜR PROBENZUSENDUNG

Bitte wählen Sie einen der beiden unten stehenden Laborstandorte für die Probenzusendung aus:

MVZ Martinsried
Lochhamer Str. 29
82152 Martinsried
GERMANY

Tel: +49 89 895578-0
Fax: +49 89 895578-780
www.medicover-diagnostics.de
info@medicover-diagnostics.de

MVZ Berlin-Lichtenberg
Plauener Str. 163-165
13053 Berlin
GERMANY

Tel.: +49 30 92090727
Fax: +49 30 92090741
www.medicover-diagnostics.de
info@medicover-diagnostics.de

GENETISCHE BERATUNGSSTELLEN

Unsere Standorte für genetische Beratung:

Augsburg

Armenhausgasse 18
86150 Augsburg
Terminvereinbarung Tel.: +49 821 514501

Berlin-Lichtenberg

Rosenfelder Straße 15-16
10315 Berlin
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 5779871-2

Berlin-Mitte

Hausvogteiplatz 3-4 2. OG
10117 Berlin-Mitte
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 79748430

Berlin-Westend

Spandauer Damm 130
14050 Berlin
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 3035566-6

Hannover

Podbielskistr. 122
30177 Hannover
Terminvereinbarung Tel.: +49 511 96540-0

Kempten (Zweigstelle Martinsried)

Robert-Weixler-Str. 50
87439 Kempten
Terminvereinbarung Tel.: +49 89 895578-0

Martinsried

Lochhamer Str. 29
82152 Martinsried
Terminvereinbarung Tel.: +49 89 895578-0