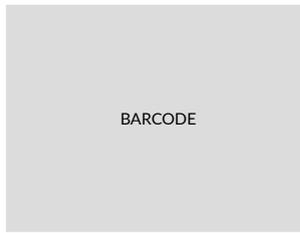


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> X      Telefon: _____		



UNTERSUCHUNGSaufTRAG  
**TUMORPRÄDISPOSITIONSSYNDROME**

Weitere Untersuchungsaufträge finden Sie unter [www.medicover-diagnostics.de](http://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)

**UNTERSUCHUNGSaufTRAG**

Unser Experten-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: [info@medicover-diagnostics.de](mailto: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: \_\_\_\_\_

## GENETISCHE DIAGNOSTIK

## 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  
(BMPR1A, SMAD4, STK11, PTEN)
- Juvenile Polyposis Syndrom / JPS  
(BMPR1A, SMAD4)
- Serratierte / gemischte Polyposis  
(RNF43, GREM1)
- Polyposis-Syndrom  
(APC, BMPR1A, 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, RFWD3, 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, TINF2, 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)             |  |

## LABORDIAGNOSTIK

Unser Basislabor in Martinsried bietet Ihnen ergänzend ein umfassendes Portfolio an weiterer Labordiagnostik an.

Eine komplette Liste aller im Labor anforderbaren Analysen finden Sie unter [www.medicover-diagnostics.de](http://www.medicover-diagnostics.de)

**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 Zufallsbefunden:** 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 Zufallsbefunde möchte ich informiert werden:  Ja (kein Anspruch auf Vollständigkeit)  Nein (keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet)

\*Prädiktive Diagnostik darf gemäß GenDG nur durch Fachärzt:innen für Humangenetik oder andere Ärzt: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](mailto:info@medicover-diagnostics.de).

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

**KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG – IGeL (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](mailto:info@medicover-diagnostics.de).

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

## TRÄGERGESELLSCHAFTEN

### [1] Genetik Berlin-Lichtenberg GmbH

Trägersellschaft der Medicover  
Humangenetik Berlin-Lichtenberg MVZ  
und der Medicover Humangenetik  
Berlin-Friedrichsfelde MVZ

### [2] MVZ Humangenetik Köln GmbH

Trägersellschaft des MVZ  
Humangenetik Köln

### [3] MVZ Martinsried GmbH

Trägersellschaft des MVZ Martinsried

## ADRESSE FÜR PROBENZUSENDUNG

BITTE WÄHLEN SIE EINEN DER DREI UNTEN STEHENDEN LABORSTANDORTE FÜR DIE PROBENZUSENDUNG AUS:

### MVZ Berlin-Lichtenberg<sup>[1]</sup>

Plauer Str. 163-165, Haus N  
13053 Berlin  
GERMANY

Tel.: +49 30 92090727

Fax: +49 30 92090741

[www.medicover-diagnostics.de](http://www.medicover-diagnostics.de)

[info@medicover-diagnostics.de](mailto:info@medicover-diagnostics.de)

### MVZ Humangenetik Köln<sup>[2]</sup>

Josef-Haubrich-Hof 3-5  
50676 Köln  
GERMANY

Tel.: +49 221 888478-20

Fax: +49 221 888478-19

[www.medicover-diagnostics.de](http://www.medicover-diagnostics.de)

[info@medicover-diagnostics.de](mailto:info@medicover-diagnostics.de)

### MVZ Martinsried<sup>[3]</sup>

Lochhamer Str. 29  
82152 Martinsried  
GERMANY

Tel.: +49 89 895578-0

Fax: +49 89 895578-780

[www.medicover-diagnostics.de](http://www.medicover-diagnostics.de)

[info@medicover-diagnostics.de](mailto:info@medicover-diagnostics.de)

## GENETISCHE FACHARZTPRAXEN

UNSERE STANDORTE FÜR GENETISCHE BERATUNG:

### Augsburg<sup>[3]</sup>

Armenhausgasse 18  
86150 Augsburg  
Terminvereinbarung Tel.: +49 821 5145-01

### Berlin-Friedrichsfelde<sup>[1]</sup>

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

### Berlin-Lichtenberg<sup>[1]</sup>

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

### Berlin-Westend<sup>[1]</sup>

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

### Hannover<sup>[1]</sup>

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

### Kempten (Zweigstelle Martinsried)<sup>[3]</sup>

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

### Köln<sup>[2]</sup>

Josef-Haubrich-Hof 3-5  
50676 Köln  
Terminvereinbarung Tel.: +49 221 888478-0

### Martinsried<sup>[3]</sup>

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

UNSERE PARTNERPRAXEN:

### Berlin-Mitte

Hausvogteiplatz 3-4 2. OG  
10117 Berlin-Mitte  
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 2063300-0

### München-Ost

Orleansplatz 3  
81667 München  
Terminvereinbarung Tel.: +49 89 458556-12

### Potsdam

Friedrich-Ebert-Straße 33  
14469 Potsdam  
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 585838-430