

Anforderungsschein Humangenetik Familiärer Brust- und Eierstockkrebs



(Dieses Formular ersetzt keinen Überweisungsschein.)

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

--

Tages-Nr. intern!

ANGABEN ZUM PATIENTEN / ZUR PATIENTIN:

Versicherung: ☐ Gesetzlich (bitte Muster 10 Ü-Schein beifügen!) ☐ Privat ☐ Selbstzahler (IGeL)

Entnahme-Datum: _____ ☐ EDTA-Blut ☐ Abstrich ☐ Tumormaterial ☐ Sonstiges Material: _____

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich **Ethnische Herkunft:** _____

ANGEFORDERTE UNTERSUCHUNG:

Auftrag/Genanalyse: ☐ BRCA1 ☐ BRCA2 ☐ CHEK2 ☐ PALB2 ☐ RAD51C ☐ RAD51D ☐ TP53 ☐ CDH1 ☐ BRIP1 ☐ ATM ☐ bekannte Mutation: _____

Indikation/Verdacht: ☐ V.a. erblichen Brust- oder Eierstockkrebs ☐ familiäre Belastung mit Brust- oder Eierstockkrebs ☐ Sonstiges: _____

Untersuchungsart: ☐ diagnostisch ☐ prädiktiv **ICD-10 Code:** _____

Genetische Vorbefunde: Patient: ☐ Ja ☐ Nein Angehöriger: ☐ Ja ☐ Nein (Falls ja, bitte Vorbefunde möglichst in Kopie mitsenden)

Ist die zu untersuchende Person an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankt? ☐ Ja ☐ Nein

Familienanamnese/ bitte die Folgenden Konstellationen in der Familie der Patientin ankreuzen (optional Stammbaum auf Rückseite): _____

- ☐ mindestens 3 Frauen an Brustkrebs erkrankt, unabhängig vom Alter
- ☐ mindestens 2 Frauen an Brustkrebs erkrankt, davon 1 vor dem 51. Lebensjahr
- ☐ eine Frau vor dem 36. Lebensjahr an Brustkrebs erkrankt
- ☐ eine Frau an beidseitigem Brustkrebs erkrankt, wobei die Ersterkrankung vor dem 51. Lebensjahr aufgetreten ist
- ☐ eine Frau an Brust- und Eierstockkrebs erkrankt
- ☐ eine Frau an Brust- und eine Frau an Eierstockkrebs erkrankt
- ☐ zwei Frauen an Eierstockkrebs erkrankt
- ☐ ein Mann an Brustkrebs und eine Frau an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankt
- ☐ eine Frau vor dem 50. Lebensjahr an einem triple-neg. Brustkrebs erkrankt
- ☐ mindestens eine Frau vor dem 80. Lebensjahr an Eierstockkrebs erkrankt

Kontaktperson für Rückfragen (Verantwortlicher Arzt nach GenDG)/ **Telefon:** _____

Multi-Gen-Panel Analysen über 25 Kilobasen:

Ggf. kann durch das angeforderte Untersuchungsspektrum (bis 25 kb) die Fragestellungen nicht oder nur unvollständig geklärt werden. In diesem Fall kann ein Antrag zur weiterführenden Diagnostik bei der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse gestellt werden. Ich bevollmächtige zu diesem Zwecke amedes genetics zur Antragsstellung und erkläre mich mit der dafür notwendigen Datenübermittlung einverstanden. **X**

Unterschrift Patient(in) /
gesetzliche(r) Vertreter(in)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG zur genetischen Diagnostik (GenDG)

Die angeforderten Analysen unterliegen dem Gendiagnostik-Gesetz (GenDG). Nach einer **ausführlichen Aufklärung/Beratung** stimme ich der von mir gewünschten genetischen Untersuchung sowie ggf. der Probenentnahme auf Grundlage des Gendiagnostik-Gesetzes zu. Ich bin ausführlich darauf hingewiesen worden, dass ich sowohl mit meiner/m Ärztin/Arzt das Ergebnis und das weitere Vorgehen besprechen als auch eine genetische Beratungsstelle in Anspruch nehmen kann. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit bis zur Entscheidung für die genetische Untersuchung. Wenn ich eine von gesetzlichen Vorgaben abweichende Regelung wünsche, kann ich dies jederzeit mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein(e) behandelnde(r) Arzt/Ärztin oder die jeweilige Vertretung den **Befund** erhält: ☐ Ja ☐ Nein

Ich möchte über das Ergebnis der Untersuchung **informiert** werden: ☐ Ja ☐ Nein

Mit der **Aufbewahrung** der Probe und der Untersuchungsergebnisse innerhalb der gesetzlichen Vorgaben bzw. je nach diagnostischer Notwendigkeit bin ich einverstanden: ☐ Ja ☐ Nein

Mit der Nutzung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von **Familienmitgliedern** bin ich einverstanden: ☐ Ja ☐ Nein

Ich bin mit der **Aufbewahrung** und Verwendung der Probe in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung oder für wissenschaftliche Zwecke einverstanden: ☐ Ja ☐ Nein

Ich bin mit der evtl. erforderlichen **Weiterleitung** der Probe sowie der dazu erforderlichen Daten an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor einverstanden: ☐ Ja ☐ Nein

Durch die durchgeführte Analyse können in Einzelfällen Ergebnisse erzielt werden, die nicht in direktem Zusammenhang mit der angeforderten Untersuchung stehen. Ich wünsche über diese **Zusatzbefunde** informiert zu werden, wenn sich daraus eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Angehörigen ergibt: ☐ Ja ☐ Nein

Ich bin mit der Weiterleitung von Daten für die Abrechnung an eine privatärztliche Verrechnungsstelle einverstanden (Nur bei Privatpatienten) ☐ Ja ☐ Nein

Jeder Punkt der Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Erläuterung zu * und ** siehe Rückseite

*** Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung**

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die auf der Vorderseite beschriebene(n), privatärztliche Leistung(en) durch Labore der amedes-Gruppe in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten entsprechend der aktuellen Fassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) selbst tragen und bin mit der Abrechnung durch eine autorisierte Verrechnungsstelle einverstanden. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen. Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden und die Rechnungsforderungen der beteiligten Ärzte an diese ärztliche Verrechnungsstelle zum Einzug abgetreten werden. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem beratenden Arzt zugestellt. Hierzu kommen 2,60 Versandgebühren.

Ort, Datum

X

Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

STAMMBAUM (optional):

Symbole

männlich	weiblich
	
nicht betroffen	
	
betroffen	
	
verstorben	
	
Überträger	
	
Geschlecht nicht angegeben	Schwangerschaft
	
Spontanabort	Schwangerschaftsabbruch
	
Zweieiige Zwillinge	Eineiige Zwillinge
	
Indexpatient	Infertilität

Adresse für Probenzusendung

amedes genetics
im MVZ wagnerstibbe für Laboratoriumsmedizin,
Hämostaseologie, Humangenetik und Mikrobiologie
Georgstraße 50
30159 Hannover

Telefon: 0511-301 795 0
Telefax: 0511-301 795 119

Genetische Sprechstunden

Sie können sich kostenfrei unter folgender Telefonnummer für einen Sprechstunden-Termin anmelden:

0800 – 444 3638 (Erreichbarkeit: 9-16 Uhr)

Genetische Sprechstunden bieten wir an folgenden Standorten an:

• Bad Münde • Berlin • Dortmund • Essen • Frankfurt • Göttingen • Halle (Saale) • Hamburg • Hannover • Oberhausen

Dieses Dokument finden Sie auch als Download unter www.amedes-genetics.de/formulare