

(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; wenn ja bitte Rückseite beachten*)

Material: Abnahmedatum: _____ FFPE-Block Heparin-Blut EDTA-Blut Abstrich
 Sonstiges Material: _____

Geschlecht: männlich weiblich

ANGEFORDERTE UNTERSUCHUNG:

Auftrag/Genanalyse: _____

Indikation/Verdacht: _____

Kontaktperson für Rückfragen: _____ **Telefon:** _____

UNTERSUCHUNGEN (Stand Nov. 2019)

(Für weitere Analysen nutzen sie bitte das Feld Sonstige mit Freitext)

(Für hämato-onkologische Fragestellungen siehe separater Anforderungsschein unter: www.amedes-genetics.de)

Schilddrüsen-Karzinom (Punktat oder Punktatausstriche)
 (z.B.: Therapie mit Vemurafenib bzw. Risikopräzisierung)

- BRAF²⁾
- NRAS²⁾
- KRAS²⁾

Kolon-Karzinom / HNPCC (FFPE Block + HE Tumor markiert)
 (z.B.: Therapie mit Anti-EGFR)

- KRAS²⁾
- NRAS²⁾
- MSI¹⁾
- HNPCC (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6, Mutationsssuche; EDTA-Blut)²⁾

Lungen-Karzinom (FFPE Block + HE Tumor markiert)
 (z.B.: Therapie mit Thyrosinkinase-Inhibitoren)

- EGFR

Melanom (FFPE Block + HE Tumor markiert)
 (z.B.: Therapie mit Vemurafenib, Trametinib)

- BRAF²⁾

Erreger-Diagnostik¹⁾ (FFPE Block + HE Tumor markiert)

- HPV
- TBC
- Resistenzen
- weitere Erreger:

.....

Sonstige Anforderungen:
 (Bitte Gen und Fragestellung im Freitext eintragen)

.....

.....

.....

.....

Ovarial-Ca, fortgeschritten
Mamma-Ca, fortgeschritten (HER2-neg. und/oder HR-pos.)
Behandlung mit PARP-Inhibitoren (z.B. Olaparib)

Anforderung:

wenn Familienanamnese für HBOC***

- unauffällig: BRCA1/2;
Material: FFPE Block + HE Tumor markiert¹⁾
- auffällig: BRCA1/2, PALB2, CHEK2, RAD51c
Material: FFPE Block + HE Tumor markiert¹⁾,
 ggf. zusätzlich EDTA-Blut²⁾

*** 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)

**** Auf die Anforderungen des GenDG an Aufklärung/Beratung/ Einwilligung wird hingewiesen.**

***** Einschlusskriterien zur molekulargenetischen Untersuchung von Brust- und Eierstockkrebs (HBOC)**

Familien mit mindestens:

- drei an Brustkrebs erkrankte Frauen unabh. Alter der Erstdiagnose
- zwei an Brustkrebs erkrankte Frauen, eine Ersterkrankungsalter vor 51. Lj.
- zwei an Eierstockkrebs erkrankte Frauen aus der gleichen Linie
- eine an Brustkrebs und eine an Eierstockkrebs erkrankte Frau oder eine an Brust- und Eierstockkrebs erkrankte Frau
- eine an Brustkrebs erkrankte Frau vor dem 36. Lj.
- eine an beidseitigem Brustkrebs erkrankte Frau, Ersterkrankung vor 51. Lj.
- ein an Brustkrebs erkrankter Mann und eine an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankte Frau
- eine an einem triple-neg. Brustkrebs erkrankte Frau vor dem 50. Lj.*
- eine an Eierstockkrebs erkrankte Frau vor dem 80. Lebensjahr*

Weitere Informationen und Dokumente finden sie unter: www.amedes-genetics.de

Adresse für Probenzusendung

amedes genetics

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

Telefon: 0511-301 795 0

Telefax: 0511-301 795 119

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