

1

Einsender:

Wird vom Labor ausgefüllt:

Datum                      Zeit                      Visum

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht:  W  M

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Name der Versicherung \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Befundkopie an: \_\_\_\_\_

Befund per E-Mail an Arzt:  
(Falls keine HIN-E-Mail-Adresse, Mobilnummer für SMS-Code zwingend erforderlich)

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Rechnung an:  Kasse/Patient     Selbstzahler     Einsender  
 Andere: \_\_\_\_\_  
Ohne Vermerk des Rechnungsempfängers, wird elektronisch mit der Krankenkasse des Patienten abgerechnet.

Angaben zur Probe:  
Abnahmedatum:  EDTA Blut     DNA, extrahiert aus: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 Sonstiges Material: \_\_\_\_\_

Angaben zum Patienten:  
 Empfänger einer Knochenmarktransplantation Typ:  Autolog  Allogen  
 Empfänger einer Bluttransfusion:  Vollblut  Erythrozytenkonzentrat                      Datum: \_\_\_\_\_

Diagnose / Klinische Angaben / Familienanamnese  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung des / der Patienten / In:**  
Ich bestätige, dass ich vom Arzt über die geplante Laboruntersuchung, sowie deren Kosten informiert wurde. Ich erkläre mich einverstanden, die Tests durchführen zu lassen.

Test sofort durchführen. Ich erkläre mich bereit, die Kosten selbst zu tragen, sollte eine Kostengutsprache durch die Versicherung abgelehnt werden oder nicht möglich sein.  
 Eine Kostengutsprache wurde beantragt, liegt aber noch nicht vor – wird nachgereicht.

Test nur dann durchführen, wenn eine Kostengutsprache der Versicherung vorliegt.

Ich bin einverstanden, dass mein Untersuchungsmaterial bzw. Teile davon im Bedarfsfall an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet wird.

Meine Proben/Resultate dürfen zu Forschungszwecken anonymisiert weiterverwendet werden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/In: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift einsendender Arzt: \_\_\_\_\_

Patient/In

Name

Vorname

Geburtsdatum

Nur ausfüllen, wenn das Formular auf 2 Seiten ausgedruckt wird.

## TUMORERKRANKUNGEN

- BRCA Standard** | 2 Gene  
BRCA1, BRCA2  
 Bei unauffälligem Befund, Erweiterung auf BRCA PLUS HBOC (kostenneutral)
- BRCA PLUS Mamma** | ~ 9 Gene  
ATM, BRCA1, BRCA2, CDH1, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53  
 Bei unauffälligem Befund, Erweiterung auf BRCA PLUS HBOC (kostenneutral)
- BRCA PLUS Ovar** | ~ 9 Gene  
BRCA1, BRCA2, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, RAD51C, RAD51D  
 Bei unauffälligem Befund, Erweiterung auf BRCA PLUS HBOC (kostenneutral)
- BRCA PLUS HBOC** | ~ 19 Gene  
BRCA1, BRCA2, ATM, BARD1, BRIP1, CDH1, CHEK2, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, NBN, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53
- Häufigste Ashkenazi-Mutationen** | 3 Mutationen  
BRCA1:c.68\_69delAG; BRCA1:c.5266dupC; BRCA2:c.5946delT
- Genetica CancerRisk** | ~ 43 Gene  
ATM, APC, BAP1, BARD1, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CDK4, CDKN2A, CHEK2, EPCAM, FAM175A, GREM1, HOXB13, MEN1, MITF, MLH1, MRE11A, MSH2, MSH6, MUTYH, NBN, NF1, NF2, PALB2, PIK3CA, PMS1, PMS2, PMS2CL, POLD1, POLE, PTEN, RAD50, RAD51C, RAD51D, SMAD4, STK11, TERT, TERT (Promotor), TP53, VHL, XRCC2
- Darmkrebs (Lynch-Syndrom und Familiäre Adenomatöse Polyposis)** | ~ 16 Gene  
APC, BMPR1A, CHEK2, EPCAM, GREM1, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, POLD1, POLE, PTEN, PMS2, SMAD4, STK11, TP53
- Magenkarzinom** | ~ 10 Gene  
APC, CDH1, CHEK2, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PRKAR1A, PMS2, TP53
- Familiäres Melanom** | ~ 6 Gene  
BAP1, BRCA2, CDK4, CDKN2A, MITF, TERT (Promotor)
- Phäochromozytom-Paragangliom-Syndrom (Multiple Endokrine Neoplasie - MEN)** | ~ 10 Gene  
MAX, MEN1, NF1, PRKAR1A, RET, SDHB, SDHC, SDHD, TMEM127, VHL
- Phakomatosen (inkl. Neurofibromatosen)** | ~ 7 Gene  
ATM, NF1, NF2, STK11, TSC1, TSC2, VHL
- Tuberöse Sklerose** | ~ 2 Gene  
TSC1, TSC2
- Gorlin-Goltz-Syndrom** | 3 Gene  
PTCH1, PTCH2, SUFU
- Nierenkarzinom** | ~ 21 Gene  
CHEK2, EPCAM, FH, FLCN, GPC3, HRPT2, MET, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, PTEN, SDHB, SDHC, SDHD, SMARCB1, TP53, TSC1, TSC2, VHL, WT1

## BEKANNTE FAMILIÄRE MUTATION

Bitte Befundkopie beilegen

Genname: \_\_\_\_\_

Mutationsbeschreibung: \_\_\_\_\_