

**Patient / Ratsuchender**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

**Untersuchungsmaterial**

▶ Siehe Seite 2

**Einsender / Klinik**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Stadt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

**Rechnung**

- an Patient (gern erstellen wir einen Kostenvoranschlag)
- GKV (bitte Überweisungsschein Muster 10 beifügen)
- an Einsender / Klinik
- an Einsender / Klinik gemäß §116b

**Einverständniserklärung**

Mit dieser Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung gemäß GenDG und unter Kenntnis meines Widerrufsrechts mein Einverständnis mit der/den genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Probenentnahme.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet, ggf. in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert und der Untersuchungsauftrag oder Teile davon, falls erforderlich, an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass alle erhobenen Daten von der Praxis für Humangenetik Tübingen elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und auch (z.B. per E-Mail und per Fax) übermittelt werden.

Im Folgenden wird ein Nichtankreuzen wie „Nein“ gewertet.

Mit der Aufbewahrung von Probenmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit, der Qualitätssicherung bzw. für ergänzende Untersuchungen (für max. 10 Jahre) bin ich einverstanden.  Ja  Nein

Die Untersuchungsergebnisse sollen über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.  Ja  Nein

Mit der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial und/oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form bin ich einverstanden.  Ja  Nein

In seltenen Fällen können genetische Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sog. Zusatzbefunde). Das Berichten solcher Zusatzbefunde beschränkt sich auf pathogene Veränderungen in ausgewählten Genen, für die eine Behandlungskonsequenz für Sie oder Ihre Familie besteht (orientiert an den aktuell gültigen Richtlinien des American College of Medical Genetics and Genomics; ACMG SF V2.0; Kalia et al., 2017, PMID: 27854360). Ein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Gene besteht nicht. Sollten keine Zusatzbefunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken.

**Über Zusatzbefunde möchte ich:**

- Informiert werden
- NICHT informiert werden

**Hinweis**

Wir aktualisieren unsere Panels in regelmäßigen Abständen gemäß des aktuellen Stands der Wissenschaft. Wir weisen daher darauf hin, dass sich die auf diesem Einsendeformular angegebene Zusammenstellung von Genen eines Gen-Sets zum Zeitpunkt der Laboranalyse geringfügig geändert haben könnte (Hinzunahme / Wegnahme von Genen). Mit der Unterschrift des Patienten auf dem Einsendeformular erklärt sich der Patient auch mit einer ggf. geänderten Zusammensetzung des angeforderten Gen-Sets einverstanden.

Wir behalten uns vor über die zum Einsatz kommende Sequenzier-Technologie (Sanger/NGS) individuell zu entscheiden. Wir weisen darauf hin, dass bei Anforderung von NGS-Panel-Diagnostik aus technischen Gründen mehr als die angeforderten Gene sequenziert werden.

**Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.**

\_\_\_\_\_  
Patient / Vertreter (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Arzt (Druckbuchstaben)

**X** \_\_\_\_\_  
Patient / Vertreter (Datum, Unterschrift)

**X** \_\_\_\_\_  
Arzt (Datum, Unterschrift)\*

\* Die Ärztin/der Arzt bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass sie/er als verantwortliche ärztliche Person die gemäß GenDG für die beauftragte genetische Untersuchung notwendige Qualifikation aufweist.



Die Praxis für Humangenetik Tübingen ist von der deutschen Akkreditierungsstelle nach DIN EN ISO 15189:2014 akkreditiert.









**Arztstempel / Klinik ggf. Barcode**

Für die gezielte Bearbeitung bitten wir Sie, den Anamnesebogen so ausführlich wie möglich auszufüllen und die Ihnen vorliegenden Arztbriefe und Befunde in Kopie beizulegen.

**Familienanamnese**

- Die Patientin erkrankte zusätzlich an Brustkrebs.
- Es gibt weitere Familienangehörige, die an Brust- oder Ovarialkrebs leiden bzw. litten. (Bitte Stammbaum angeben oder benennen)
- Es gibt in der Familie weitere Tumorerkrankungen. (Bitte Stammbaum angeben oder benennen)

**Stammbaum**

-  Indexpatient
- nicht betroffen
- betroffen
- Überträger
- verstorben
-  Elternpaar
-  Verwandtenehe
-  Schwangerschaft
-  Abort, Totgeburt
-  Geschlecht unbekannt
-  Eineiige Zwillinge
-  Zweieiige Zwillinge

Zur besseren Veranschaulichung und Beschreibung der Familienanamnese stellt CeGaT kostenlos einen Stammbaumgenerator unter <http://pedigree.cegat.de> zur Verfügung.

**Untersuchungsmaterial Tumor**

- FFPE (Formalin-Fixed, Paraffin-Embedded); Block-Nr.: \_\_\_\_\_
- gefroren
- sonstiges: \_\_\_\_\_

**Untersuchungsmaterial Normalgewebe**

- Blut \_\_\_\_ ml (5-10 ml EDTA-Blut)
- DNA \_\_\_\_ µg (5 µg DNA, Konzentr. ≥ 50ng/µl)
- DNA-Nummer: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen / Ergänzungen**

#### Untersuchungsoptionen

- BRCA1, BRCA2 Analyse aus Tumorgewebe oder Normalgewebe (Blut)**  
Sequenzierung aus Tumor- oder Normalgewebe, Deletionsanalyse dieser Gene in der Keimbahn
- BRCA1, BRCA2 Analyse in Tumorgewebe und Normalgewebe (Blut)**  
Sequenzierung aus Tumor- und Normalgewebe sowie Deletionsanalyse dieser Gene in der Keimbahn

#### Somatisches Tumor-Panel

Ergänzend dazu bieten wir auch das somatische Tumor-Panel an, bei dem weitere 647 Gene untersucht werden und sich dadurch alternative Therapieoptionen ergeben können. Verwenden Sie dafür bitte das Einsendeformular "Tumor-Panel Somatisch".

#### Zusätzliche Untersuchungen

---

**Für Rückfragen und Beratung stehen wir Ihnen gern jederzeit zur Verfügung.  
Bitte wenden Sie sich an unser Diagnostik-Support Team.**

**[www.humangenetik-tuebingen.de/diagnostic-support](http://www.humangenetik-tuebingen.de/diagnostic-support)  
[diagnostic-support@humangenetik-tuebingen.de](mailto:diagnostic-support@humangenetik-tuebingen.de)  
Telefon 07071 565 44 00**

**Empfänger (Private Krankenkasse)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Absender (Patientin)**

Vorname Name: \_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ Stadt: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich befinde mich derzeit nach der Diagnose eines Rezidivs eines platin-sensitiven, high-grade, serösen Ovarialkarzinoms (ICD10 C65) in ärztlicher Behandlung. Es ist eine Therapie mit Olaparib vorgesehen. Zwingende Voraussetzung dafür ist die molekulargenetische Analyse auf *BRCA1/2*-Mutationen.

Die Abrechnung des Arztes/der Ärztin, der den *BRCA*-Mutationstest am Tumor und ggf. Normalgewebe für mich durchführt, erfolgt nach

GOÄ	Anzahl	Leistung
3926 analog	21	<i>BRCA1/2</i> -Mutationsdiagnostik

zzgl. Versand- und Transportkosten gem. §10 GOÄ.

Hiermit bitte ich Sie um eine zeitnahe Antwort und verbindliche Zusage der Kostenübernahme.

Ich ersuche Sie, im Zusammenhang mit diesem Antrag von einer Kontaktaufnahme mit mir abzusehen. Mit Wirkung vom heutigen Tage habe ich in einer separaten Bevollmächtigungs- und Abtretungsvereinbarung eine Ermächtigung gem. §13 SGB V erteilt (siehe unten).

Ich weiß, dass diese Ermächtigung Sie entsprechend § 13 (3) SGB V verpflichtet, die gesamte Korrespondenz zu meinem Antrag auf Kostenübernahme ab sofort mit dem leistungserbringenden Arzt/der leistungserbringenden Ärztin zu führen. Ich wäre Ihnen jedoch sehr verbunden, wenn Sie mich über Ihre Entscheidung zur Kostenübernahme in Kenntnis setzen könnten.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten

Die oben genannte Patientin tritt ihre Ansprüche auf Erstattung der Kosten für die Durchführung des molekulargenetischen *BRCA*-Tests inkl. Versand- und Transportkosten vollumfänglich ab an

Praxis für Humangenetik Tübingen  
Dr. Dr. Saskia Biskup und Dr. Konstanze Hörtnagel  
Paul-Ehrlich-Str. 23  
72076 Tübingen

Die Versicherte ermächtigt die o.g. Ärzte/Ärztinnen oder die von ihm beauftragte Abrechnungsstelle, diese Kosten direkt bei der Krankenversicherung unter Vorlage einer Kopie dieser Abtretungserklärung und unter Bereitstellung der Unterlagen, die von der Kasse zur Prüfung der Kostenerstattung angefordert werden, geltend zu machen. Mit dieser Abtretungserklärung entstehen der Versicherten keine Kosten für die Durchführung des molekulargenetischen *BRCA*-Tests. Das Verfahren der Kostenerstattung ist gem. §13 (3) SGB V vorgesehen, wenn für notwendige medizinische Leistungen eine entsprechende Abrechnung im Einzelfall benötigt wird.

Im Falle einer Ablehnung einer Kostenübernahme durch die o.g. Krankenversicherung ist die Genehmigung erteilt, Rechtsmittel gegen diese Entscheidung einzulegen.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Versicherten