

Patientenetikett
Name:
Vorname:
Geb.-Datum:
Straße:
PLZ - Ort:
Krankenkasse:



Medizinisches Laboratorium akkreditiert nach DIN EN ISO 15189:2014



International ERIC certification on the assessment of IG mutations in CLL

- Stationär     Ambulant     Privatpatient

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir die Einverständniserklärung der/des Patientin/en nach GenDG vorliegt.

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

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift des einsendenden Arztes

## Antrag zur Durchführung einer genetischen Untersuchung gemäß GenDG

(In Kooperation mit dem Institut für Humangenetik UKGM Standort Giessen)

Das Gendiagnostikgesetz schreibt vor, dass genetische Analysen nur nach Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung der zu untersuchenden Person bzw. des gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden dürfen. Der verantwortliche Arzt muss über Bedeutung der Diagnostik aufklären. Bei auffälligem Befund muss eine fachlich qualifizierte genetische Beratung angeboten werden. Ferner erfordert gemäß §§ 8,9 jede genetische Untersuchung eine Beratung des Patienten/seines gesetzlichen Vertreters durch den verantwortlichen Arzt (Auftraggeber) und die gegenüber dem aufklärenden Arzt schriftlich erteilte Einverständniserklärung mit Erklärung zum Verbleib nicht verbrauchten Untersuchungsmaterials. Die Missachtung der gesetzlichen Vorschrift ist unter Strafe gestellt. Wir können die gewünschte Untersuchung nur durchführen, wenn uns zusammen mit diesem Auftragsformular eine Kopie der folgenden Einverständniserklärung mit Unterschrift des Patienten zugesendet wird.

### EILT (z. B. Therapierelevanz)

- EDTA-Blut Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_
- DNA-Probe Volumen [µl]: \_\_\_\_\_ DNA-Konzentration [ng/ µl]: \_\_\_\_\_
- Sonstiges (nur nach vorheriger Absprache): \_\_\_\_\_

### Untersuchungsauftrag

#### Pharmakogenetik

- DPYD*

#### Lungenerkrankungen

- Pulmonale Hypertonie

#### Tumorerkrankungen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>BRCA1/BRCA2</i> (therapeutische Indikation)    | <input type="checkbox"/> Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinomsyndrom*                   |
| <input type="checkbox"/> Hereditärer nicht-polypöser Darmkrebs (HNPCC)**   | <input type="checkbox"/> Polyposissyndrome (FAP, MAP, Juvenile Polyposis, PJS, PPAP)      |
| <input type="checkbox"/> Hereditäres Magenkarzinom, diffus ( <i>CDH1</i> ) | <input type="checkbox"/> Rhabdoid-Prädispositionssyndrom Typ I und II                     |
| <input type="checkbox"/> MEN Typ I   | <input type="checkbox"/> MEN Typ II   |
| <input type="checkbox"/> Medulläres Schilddrüsenkarzinom ( <i>RET</i> )    | <input type="checkbox"/> Hereditäres Phäochromozytom-/Paragangliom-Syndrom                |
| <input type="checkbox"/> Neurofibromatose Typ I                            | <input type="checkbox"/> Neurofibromatose Typ II  |
| <input type="checkbox"/> Familiäre Leukämien und Lymphome                  |   |
| <input type="checkbox"/> Familiäre Tumoren (komplettes Genpanel)           | <input type="checkbox"/> Sonstige Tumordispositionssyndrome (nur nach Rücksprache): _____ |

\* Die mit den gesetzlichen Krankenkassen definierten Kriterien des Deutschen Konsortiums für familiären Brust- und Eierstockkrebs zur Durchführung einer molekulargenetischen Untersuchungen müssen erfüllt sein (<https://www.konsortium-familiaerer-brustkrebs.de/betreuungskonzept/molekulardiagnostik/indikationen-gentest/>)

\*\* Positive Amsterdam II bzw. revidierte Bethesda-Kriterien und nachgewiesene MSI am Tumorgewebe (vgl. S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom; [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/021-0070LI\\_S3\\_Kolorektales-Karzinom-KRK\\_2019-01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-0070LI_S3_Kolorektales-Karzinom-KRK_2019-01.pdf))