Institut für Pathologie am Universitätsklinikum Gießen & Marburg • Standort Gießen

Direktor: Prof. Dr. S. Gattenlöhner • Langhansstrasse 10 • 35392 Gießen • Tel.: 0641-985-41102 • Fax: Tel.: 0641-985-41119

Patientenetikett

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Straße:

PLZ - Ort:

Krankenkasse:

nNGM Nationales Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs

Netzwerkzentrum im nNGM-Verbund

Medizinisches Laboratorium akkreditiert nach DIN EN ISO 15189:2014

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13304-07-00

Koordinierende Referenzpathologie Pädiatrische Hodgkin-Lymphome
Zytogenetisches Referenzlabor BFM-NHL-, CoALL-, InReALL-Studien

GPOH-HD Studiengruppe

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

☐ Idiopathische Lungenfibrose

Tumorerkrankungen

☐ *BRCA1/BRCA2* (therapeutische Indikation)

☐ Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinomsyndrom*

☐ Hereditärer nicht-polypöser Darmkrebs (HNPCC)**

☐ Polyposissyndrome (FAP, MAP, Juvenile Polyposis, PJS, PPAP)

☐ Hereditäres Magenkarzinom, diffus (*CDH1*)

☐ Rhabdoid-Prädispositionssyndrom Typ I und II

☐ MEN Typ I

☐ MEN Typ II

☐ Medulläres Schilddrüsenkarzinom (*RET*)

☐ Hereditäres Phäochromozytom-/Paragangliom-Syndrom

☐ Neurofibromatose Typ I

☐ Neurofibromatose Typ II

☐ Familiäre Leukämien und Lymphome

☐ Familiäre Tumoren (komplettes Genpanel)

☐ 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-Kritierien und nachgewiesene MSI am Tumorgewebe (vgl. S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom; https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-007OLl_S3_Kolorektales-Karzinom-KRK_2019-01.pdf)