

PATH Anforderung Zusatzuntersuchungen Biomarker

Vorlage

Geltungsbereich: Pathologie

E-Mail: pathologie.lah@ortenau-klinikum.de oder FAX: 07821-932065; Telefon: 07821-932750

E-Nr.:		Name/ Vorname:		Geburts- datum:	
Diagnose/ Kodierung:	ICD-10:	Geplante Medikation:			

Kostenträger: Überweisung stationär Regelleistung Privat ambulant Privat stationär

Entitätsbezogene Biomarker-Sets

Bronchialkarzinom <input type="checkbox"/> <i>ALK, BRAF, EGFR, ERBB2 (HER2/neu), RAS, MET, NTRK1, NTRK2, NTRK3, RET, ROS1,</i> Immunhistochemisch: PD-L1	Malignes Melanom <input type="checkbox"/> <i>BRAF, KIT, RAS</i>
Cholangiozelluläres Karzinom <input type="checkbox"/> <i>FGFR2, IDH, NTRK1,2,3, MSI, BRAF</i>	Mammakarzinom <input type="checkbox"/> <i>PIK3CA</i>
Endometriumkarzinom <input type="checkbox"/> <i>POLE, TP53, MSI</i>	Ovarialkarzinom <input type="checkbox"/> <i>BRCA1, BRCA2</i>
GIST <input type="checkbox"/> <i>KIT, PDGFRA</i>	Prostatakarzinom <input type="checkbox"/> <i>BRCA1, BRCA2</i>
Kolorektales Karzinom <input type="checkbox"/> <i>BRAF, RAS, Immunhistochemisch: MSI, HER2</i>	Pankreaskarzinom <input type="checkbox"/> <i>BRCA1, BRCA2</i>
	Virusnachweise <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> EBV

Entitätsunabhängige Einzelmarkeranalysen

<input type="checkbox"/> <i>BRCA1, BRCA2</i>	<input type="checkbox"/> HER2	<input type="checkbox"/> Hormonrezeptoren (ER, PR)	<input type="checkbox"/> MSI
<input type="checkbox"/> <i>NTRK1, NTRK2, NTRK3</i>	<input type="checkbox"/> PD-L1	<input type="checkbox"/> <i>RET</i>	<input type="checkbox"/> <i>TP53</i>
<input type="checkbox"/> <i>PIK3CA</i>	<input type="checkbox"/> Ki67		

Sonstiges: _____

(*AKT1, ALK, BRAF, BRCA1, BRCA2, CDK4, CTNNB1, DDR2, DPYD, EGFR, ERBB2, ESR1, FGFR1, FGFR2, FGFR3, FGFR4, HRAS, IDH1, IDH2, KEAP1, KIT, KRAS, MAP2K1, MET, MYC, NFE2L2, NKX2-1, NRAS, NRG1, NTRK1, NTRK2, NTRK3, PDGFRA, PIK3CA, POLE, PTEN, RB1, RET, ROS1, STK11, TP53, UGT1A1, MSI*)

Datum/Stempel/Unterschrift

Versionsnummer:
Revisionsdatum:

Genehmigt:
Am:
Erstellt:
Seite 1 von 2

PATH Anforderung Zusatzuntersuchungen Biomarker

Einwilligungserklärung

zur genetischen Untersuchung nach dem §8 Gendiagnostikgesetz

Patient/in

Stempel KH / Praxis

Name, Vorname

Geburtsdatum

Datum Name Arzt Unterschrift

Die folgende Untersuchung wird durchgeführt an:

Tumorgebe (es kann nicht ausgeschlossen werden, dass neben somatischen Varianten auch Keimbahnvarianten nachgewiesen werden)

EDTA-Blut (Keimbahnanalyse)

Fragestellung/ Indikation:

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.

ja
 nein

Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.

ja
 nein

Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.

ja
 nein

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

ja
 nein

Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.

ja
 nein

Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.

ja
 nein

Ich wurde darüber informiert, dass der Befund an den aufklärenden Arzt übermittelt wird, der die Untersuchung beauftragt hat. Dieser ist verantwortlich für eine Empfehlung zu einer humangenetischen Beratung, sollte eine Keimbahnvariante vorliegen.

Ich wurde darüber informiert, dass nicht auszuschließen ist, dass neben Genveränderungen im Tumorgewebe auch Genveränderungen der Keimbahn DNA nachgewiesen werden können.

Ort

Datum

Unterschrift Patient/Sorgeberechtigter

D7D87637CBE7215197D0ECF3FA004708.docx

Genehmigt:

Am:

Erstellt:

Seite 2 von 2

Versionsnummer:

Revisionsdatum: