

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapps.
Name - Vorname des Versicherten geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

DNA DIAGNOSTIK HAMBURG MVZ GbR
 Dr. Usha Peters · Dr. Saskia Kleier · Dr. Astrid Preuß
 Altonaer Str. 61-63 · 20357 Hamburg
 T 040 43 29 26 43 · F 040 43 29 26 78
 kontakt@dna-diagnostik.hamburg · dna-diagnostik.hamburg



Praxis-/Klinikstempel

- ambulant
 privat*
 stationär*
 Selbstzahler*
 ASV
* ggf. unterschriebene Kostenübernahmeerklärung notwendig!
- Cito Faxbefund an: _____
Fax nur bei Vorliegen der unterschriebenen Einwilligung nach GenDG!

Material: EDTA-Blut Tumormaterial sonstiges Gewebe

Datum der Probeentnahme: _____

ANFORDERUNGSSCHEIN LYNCH-SYNDROM

Für gesetzlich versicherte Patienten entsprechend Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik § 135 Abs. 2 SGB V; ab dem 01.04.2017 gilt für die molekulargenetische Diagnostik bei erblichem Lynch-Syndrom-assoziierten Karzinom eine Änderung der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik nach § 135 Abs. 2 SGB V. Hiernach darf die genetische Untersuchung durch das Labor erst erfolgen, wenn die Indikationsstellung geprüft und beurteilt werden kann. Dafür sind folgende vollständige Angaben erforderlich:

1. INDIKATION FÜR DEN GENTEST LYNCH-SYNDROM

- Tumormaterial des o.g. Patienten oder eines betroffenen Familienmitgliedes (Verwandtschaftsgrad _____) liegt vor. Voruntersuchungen an dem Tumormaterial sind bereits entsprechend den EBM-Anforderungen erfolgt und ergaben folgende Ergebnisse:
- Mikrosatelliteninstabilität liegt vor
 - Immunhistochemie auffällig mit Ausfall / Expressionsminderung von: MLH1 PMS2 MSH2 MSH6

ODER

- Tumormaterial des o.g. Patienten oder eines betroffenen Familienmitgliedes ist nicht erfolgt. Eine Untersuchung der Mikrosatelliteninstabilität oder Immunhistochemie an Tumormaterial ist nach unserer Kenntnis nicht erfolgt. Es besteht jedoch ein hohes Risiko für ein Lynch-Syndrom, da die Familie die Amsterdam II-Kriterien erfüllt sind. Hierbei müssen alle der folgenden Kriterien erfüllt sein:
- Vorangegangener Ausschluss einer Familiären adenomatösen Polyposis (FAP)
 - Mindestens drei Familienangehörige erkrankten an einem Lynch-Syndrom-assoziierten Karzinom, wovon einer Verwandter ersten Grades der beiden anderen ist.
 - Erkrankung in mindestens zwei aufeinander folgenden Generationen.
 - Mindestens ein Patient mit der Diagnose eines Karzinoms jünger als 50 Jahre

2. BEREITS ERFOLGTE UNTERSUCHUNGEN

- Bisher sind noch keine molekulargenetischen Untersuchungen bezüglich Lynch-Syndrom an Blut (Keimbahn) bei dem o. g. Patienten oder einem anderen betroffenen Familienmitglied erfolgt.

ODER

- Folgende molekulargenetische Voruntersuchungen an Blut (Keimbahn) sind bei dem o. g. Patienten oder einem ebenfalls betroffenen Familienmitglied bereits erfolgt (Gen, Mutation, ggf. Verwandtschaftsgrad):

3. WER IST ERKRANKT?

- Der o. g. Patient ist selbst an Darmkrebs oder einem Lynch-Syndrom-assoziierten Karzinom erkrankt.

ODER

- Der o. g. Patient ist selbst gesund, aufgrund einer auffälligen Familienvorgeschichte (s. Punkt 1) besteht jedoch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Darmkrebs oder eines Tumors aus dem Lynch-Syndrom-Spektrum im Verlauf.

4. EINWILLIGUNG

- Die unterschriebene Aufklärungs- und Einwilligungserklärung des Patienten entsprechend des GenDG liegt schriftlich vor.

Datum, Unterschrift veranlassende/r Ärztin/Arzt: _____

Für Rückfragen steht das Labor gerne zur Verfügung: 040 43 29 26 55