

Anforderungsschein
Molekularpathologische Analyse BRCA1/2-Mutationen

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname	Anschrift
geb. am	
Datum	

Anforderer (Stempel)
Tel.-Nr. für Rückfragen: _____
Fax-Nr. für Befund: _____

Externe Eingangsnummer: _____

<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Stationär
<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Einwilligung externe Abrechnung anbei	<input type="checkbox"/> Kostenerstattungsantrag anbei <input type="checkbox"/> Abtretungserklärung anbei <input type="checkbox"/> Einwilligung externe Abrechnung anbei

Untersuchungsvoraussetzungen erfüllt?

Gesicherte Diagnose
eines rezidivierenden high-grade serösen

- Ovarialkarzinoms (C56) oder
- Tubenkarzinoms (C57.0) oder
- Peritonealkarzinoms (C48.2)

Art der Therapie

- platinhaltige zytostatische Chemotherapie als
Rezidiv-Therapie

Ansprechen auf letzte Chemotherapie

- platin-sensibel

Liegt bereits BRCA-Mutationsdiagnostik vor? nein

- ja, im Blut (dann Rückfrage)

Anlagen:

- Paraffinblock
- ggf. Überweisungsschein

Hinweis: Die beantragte Testung dient ausschließlich der Untersuchung auf eine therapierelevante BRCA-1/2-Mutation im Tumorgewebe. Die Untersuchung fällt *nicht* unter das Gendiagnostikgesetz (GenDG), da sie die Feststellung einer genetischen Eigenschaft (Merkmalsträgerschaft aufgrund einer Keimbahnmutation) nicht beabsichtigt und nicht ermöglicht.

Material-/Befundrückversand an:

.....
(Datum, Unterschrift)