

PATH Anforderung Zusatzuntersuchungen Biomarker

 Geltungsbereich: **Pathologie**

 Dokumententyp: **Formular**

 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 ☐ <i>ALK, BRAF, EGFR, ERBB2, RAS, MET, NRG1, NTRK1,2,3, RET, ROS1</i> Immunhistochemisch: Her2/neu PD-L1	Malignes Melanom ☐ <i>BRAF, KIT, RAS</i>
Cholangiozelluläres Karzinom ☐ <i>BRAF, FGFR2, IDH1,2, Mikrosatellitenstatus, NTRK1,2,3,</i>	Mammakarzinom ☐ <i>AKT1, PIK3CA, PTEN</i> Immunhistochemisch: Her2/neu
Endometriumkarzinom ☐ Mikrosatellitenstatus, <i>POLE, TP53</i>	Ovarialkarzinom ☐ <i>BRCA1, BRCA2</i>
GIST ☐ <i>KIT, PDGFRA</i>	Prostatakarzinom ☐ <i>BRCA1, BRCA2</i>
Kolorektales Karzinom ☐ <i>BRAF, ERBB2, RAS, Mikrosatellitenstatus</i> Immunhistochemisch: Her2/neu	Pankreaskarzinom ☐ <i>BRCA1, BRCA2</i>
Erregernachweis ☐ CMV ☐ EBV ☐ HSV ☐ HPV ☐ Mykobakterien	Klonalitätsnachweis ☐ <i>B-Zell-Rezeptor</i> ☐ <i>T-Zell-Rezeptor</i>

Entitätsunabhängige Einzelmarkeranalysen

☐ <i>BRCA1, BRCA2</i>	☐ Her2/neu	☐ Hormonrezeptoren (ER, PR)	☐ Mikrosatellitenstatus
☐ <i>NTRK1, NTRK2, NTRK3</i>	☐ PD-L1	☐ <i>RET</i>	☐ <i>TP53</i>
☐ <i>PIK3CA</i>	☐ 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, Mikrosatellitenstatus)

Datum/Stempel/Unterschrift

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:

☐ Tumorgewebe (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