

Dieses Feld nur bedrucken, bitte nicht überkleben!

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname und Adresse der Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arztstempel der verantwortlichen ärztlichen Person



TRF-LB-V01-20-08

Barcode (intern)

ANFORDERUNGSFORMULAR – LIQUID BIOPSY

Versenden Sie das Original Anforderungsformular zusammen mit der Blutprobe, unter Einhaltung der Qualitätsbestimmungen für den Transport, an das MGZ.



Medizinisch Genetisches Zentrum

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Patient im MGZ bekannt: Ja Nein

Ergebnismitteilung in Englisch:

Geschlecht: männlich weiblich

Patient erhält niedermolekulares Heparin (NMH): Ja Nein

schwanger: Ja Nein

Körpergröße: cm

Schwangerschaftswoche:

Gewicht: kg

ANGABEN ZUM KOSTENTRÄGER

- gesetzlich versichert, ambulant - Überweisungsschein Muster 10
- privat versichert, ambulant
- privat versichert, stationär
- Selbstzahler
- Rechnung an Klinik

ANGABEN ZUR PROBE

Datum der Blutentnahme (TT/MM/JJJJ)

Uhrzeit (hh/mm)

Anzahl der Streck-Röhrchen (10 ml, Cell-Free DNA BCT[®]CE):

DIAGNOSE

- Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC)
- Melanom
- Kolorektales Karzinom
- Mammakarzinom
- Ovarialkarzinom
- Großwucherkrankungen
- Sonstige:

ANAMNESE

- Erstuntersuchung vor Therapiebeginn
- Verlaufskontrolle

Bekannte Variante

Name der Ärztin/des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

X

MATERIAL

Patientenblutprobe: gekühlt bei 2 - 8°C lagern – **nicht einfrieren!**

TRANSPORT

Zeitdauer zwischen Blutabnahme und Probeneingang sollte innerhalb von 48 Stunden erfolgen. Melden Sie die Abholung der Probe bei unserem Kurierpartner telefonisch unter 089 / 613 909 90 an. Transport bei Temperaturen von 4 - 30 °C. Die Überschreitung dieser Parameter kann einen negativen Einfluss auf die Fehlerrate dieser individuellen Probe haben.

Von der Ärztin/vom Arzt auszufüllen



TRF-LB-V01-20-08

ANFORDERUNGSFORMULAR – LIQUID BIOPSY

Versenden Sie das Original Anforderungsformular zusammen mit der Blutprobe, unter Einhaltung der Qualitätsbestimmungen für den Transport, an das MGZ.



Medizinisch Genetisches Zentrum

THERAPIEENTSCHEIDUNG / MOLEKULARPATHOLOGIE

<input type="checkbox"/>	889.00	Somatic VEGF- und EGFR-Inhibitoren (Kolonreales Karzinom) <i>BRAF, KRAS, NRAS</i>	
<input type="checkbox"/>	892.00	Somatic TKI-EGFR-Inhibitoren (NSCLC) <i>EGFR</i> (Exons 18-21)	EBM
<input type="checkbox"/>	884.00	Somatic BRAF-MEK-Inhibitoren (NSCLC, Melanom) <i>BRAF</i>	
<input type="checkbox"/>	883.00	Somatic PARP-Inhibitoren (Ovarialkarzinom) <i>BRCA1, BRCA2</i>	
<input type="checkbox"/>	882.00	Somatic PI3K-Inhibitoren (Mammakarzinom) <i>PIK3CA</i>	EBM
<input type="checkbox"/>	893.00	Somatic Aromatase-Inhibitoren (Mammakarzinom) <i>ESR1</i> (Kodons 376-382, 460-478 532-540, 303)	
<input type="checkbox"/>	894.00	Somatic AKT-Inhibitoren (Mammakarzinom) <i>AKT1</i> (Kodon 17)	
<input type="checkbox"/>	902.00	Somatic TKI-HER2-Inhibitoren (Mammakarzinom) <i>ERBB2</i>	
<input type="checkbox"/>	896.00	Somatic Tumor – Liquid Biopsy <i>AKT1</i> (Kodon 17), <i>BRAF, BRCA1, BRCA2, CCND2, EGFR</i> (Exons 18-21), <i>ERBB2, ESR1</i> (Kodons 376-382, 460-478 532-540, 303), <i>KRAS, MTOR, NRAS, PIK3CA, TP53</i>	
<input type="checkbox"/>	897.00	Mosaikerkrankungen – Großwucherkrankungen <i>AKT3, BRAF, CCND2, EPHB4, FGFR1, GNA11, GNAQ, GNAS, HRAS, KRAS, MAP2K1, MTOR, NRAS, PIK3CA, PIK3R2, RASA1, SMO</i>	
<input type="checkbox"/>	898.00	Somatic NF1 NF2 (Neurofibromatose) <i>NF1, NF2</i>	
<input type="checkbox"/>	900.00	Somatic PTEN <i>PTEN</i>	
<input type="checkbox"/>	905.00	Somatic APC <i>APC</i>	

Preise auf Anfrage

SPEZIFISCHE HOTSPOTANALYSEN

		GKV	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>EGFR</i> p.T790M* im Verhältnis zur bekannten <i>EGFR</i> -aktivierenden Variante: Deletion in Exon 19	EBM
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>EGFR</i> p.T790M* im Verhältnis zur bekannten <i>EGFR</i> -aktivierenden Variante: <i>EGFR</i> p.L858R	EBM
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>EGFR</i> -aktivierende Varianten (<i>EGFR</i> Exon 19 Deletionen und <i>EGFR</i> p.L858R)	EUR 477,36
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>EGFR</i> Exon 19-Deletionen	EUR 407,44
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>EGFR</i> p.L858R	EUR 314,15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>EGFR</i> p.T790M	EUR 314,15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>BRAF</i> p.V600E	EUR 314,15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>KRAS</i> p.G12/p.G13	EUR 407,44

Die Sensitivität der Untersuchung hängt ab von der Menge der zirkulierenden Tumor-DNA (ZT-DNA):

Konventionell:
keine Quantifizierung der Allelfrequenz.

Hochsensitiv:
mit Quantifizierung der Allelfrequenz auch bei sehr geringer Konzentration der Tumor-DNA.

- 2 Streck-Blutröhrchen
- 4 Streck-Blutröhrchen

VERLAUFKONTROLLE

<input type="checkbox"/>	<i>AKT1</i> Kodon 17	<input type="checkbox"/>	<i>EGFR</i> Exons 18-21	<input type="checkbox"/>	<i>GNAS</i>	<input type="checkbox"/>	<i>MSH6</i>	<input type="checkbox"/>	<i>PMS2</i>
<input type="checkbox"/>	<i>AKT3</i>	<input type="checkbox"/>	<i>EPHB4</i>	<input type="checkbox"/>	<i>HRAS</i>	<input type="checkbox"/>	<i>MTOR</i>	<input type="checkbox"/>	<i>PTEN</i>
<input type="checkbox"/>	<i>APC</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ERBB2</i>	<input type="checkbox"/>	<i>KRAS</i>	<input type="checkbox"/>	<i>NF1</i>	<input type="checkbox"/>	<i>RASA1</i>
<input type="checkbox"/>	<i>BRAF</i>	<input type="checkbox"/>	<i>ESR1</i> Kodons 376-382, 460-478 532-540, 303	<input type="checkbox"/>	<i>MAP2K1</i>	<input type="checkbox"/>	<i>NF2</i>	<input type="checkbox"/>	<i>SMO</i>
<input type="checkbox"/>	<i>BRCA1</i>	<input type="checkbox"/>	<i>FGFR1</i>	<input type="checkbox"/>	<i>MEN1</i>	<input type="checkbox"/>	<i>NRAS</i>	<input type="checkbox"/>	<i>TP53</i>
<input type="checkbox"/>	<i>BRCA2</i>	<input type="checkbox"/>	<i>GNA11</i>	<input type="checkbox"/>	<i>MLH1</i>	<input type="checkbox"/>	<i>PIK3CA</i>		
<input type="checkbox"/>	<i>CCND2</i>	<input type="checkbox"/>	<i>GNAQ</i>	<input type="checkbox"/>	<i>MSH2</i>	<input type="checkbox"/>	<i>PIK3R2</i>		

Preise auf Anfrage

MGZ – Medizinisch Genetisches Zentrum

Prof. Dr. med. Dipl.-Chem. Elke Holinski-Feder
 PD Dr. med. Angela Abicht
 Dr. med. Teresa Neuhann
 Partnerschaft von Fachärztinnen für Humangenetik mbB, MVZ

Bayerstraße 3-5 | 80335 München
 Telefon: +49 (0)89 30 90 886 - 400 | Fax: - 444
 info@mgz-muenchen.de | www.mgz-muenchen.de

Kontoverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
 IBAN: DE51 3006 0601 1006 6952 13 | SWIFT: DAAEDEDXXX
 Kontoinhaber: MGZ – Medizinisch Genetisches Zentrum
 USt-ID: DE DE288087570



TRF-LB-V01-20-08

ANFORDERUNGSFORMULAR – LIQUID BIOPSY

Versenden Sie das Original Anforderungsformular zusammen mit der Blutprobe, unter Einhaltung der Qualitätsbestimmungen für den Transport, an das MGZ.

PATIENTENEINWILLIGUNG

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber der verantwortlichen Ärztin/dem verantwortlichen Arzt ganz oder in Teilen widerrufen. Bei Widerruf meiner Einwilligung bleibt die bis dahin erfolgte Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten rechtmäßig.

Überschüssiges, nicht namentlich gekennzeichnetes Untersuchungsmaterial darf zum Zwecke der Qualitätssicherung, der wissenschaftlichen Forschung sowie der Entwicklung neuer Diagnosemöglichkeiten aufbewahrt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)

X

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

Gesetzlich Versicherte (GKV): Die aufgeführten Untersuchungen sind zum Teil individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die privatärztlich liquidiert werden. Ich wurde vom veranlassenden Arzt über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung und dessen Begrenzung auf die notwendige Krankenbehandlung unterrichtet. Mir ist bekannt, dass im Leistungsrahmen der GKV der Nachweis der EGFR p.T790M Variante im Verhältnis zur bekannten EGFR-aktivierenden Variante aus freien Nukleinsäuren höchstens viermal, sowie der Nachweis von Varianten in EGFR Exons 18-21 und PIK3CA höchstens zweimal im Krankheitsfall abrechenbar sind. Bei allen weiteren Anforderungen dieser Testoption handelt es sich um IGeL-Leistungen. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass, falls meine gesetzliche Krankenversicherung die Kosten der Untersuchung nicht oder nur zum Teil übernimmt, ich die Rechnung selbst in vollem Umfang zu begleichen habe.

Privat Versicherte (PKV): Es ist nicht gewährleistet, dass eine Kostenerstattung durch meine private Krankenversicherung erfolgen wird. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich diese Leistungen selbst bezahlen muss, falls kein Kostenträger Erstattungen leistet. Falls eine Diagnostik erst in die Wege geleitet werden soll, nachdem eine Kostenübernahme der Krankenkasse vorliegt, bitten wir um entsprechende Information.

Analysestart erst nach Zusendung einer Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkasse. Bitte senden Sie in diesem Fall die Kostenübernahmeerklärung per Fax (089/30 90 886 - 66) oder per Post zu, damit die Analyse gestartet werden kann.

Schriftliche Vereinbarung zur Selbstzahlerleistung

Mit meiner Unterschrift gebe ich die Einwilligung zur Durchführung der ausgewählten molekularpathologischen Analyse am MGZ – Medizinisch Genetischen Zentrum. Ich wurde über den Nutzen und die Risiken dieser Behandlung aufgeklärt.

E-Mail-Adresse Patient(in)

Telefonnummer Patient(in)

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)

X

Für Laborzwecke

- 1 4 7 10 13
- 2 5 8 11 14
- 3 6 9 12 15

interne Zwecke

Von der Patientin / dem Patienten auszufüllen