

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.



### ANGABEN ZUM PATIENTEN

Patient im MGZ bekannt:  Ja  Nein

Geschlecht:  männlich  weiblich

schwanger:  Ja  Nein

Schwangerschaftswoche:

Ergebnismitteilung in Englisch:

Patient erhält niedermolekulares Heparin (NMH):  Ja  Nein

Körpergröße:  cm

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<sup>®</sup>CE), Bestellung über Homepage

Kostenfreie Zusatzoption zum Ausschluss klonaler Hämatopoese (1 EDTA Röhrchen)

### 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

### MATERIAL

Lagerung der Probe bis zum Versand der Probe im Kühlschrank. Der Versand erfolgt im von uns bereit gestellten Verpackungsmaterial inkl. Kühlgel bei Raumtemperatur durch unseren Logistikpartner. Wenn möglich, sollte der Versand noch am Tag der Abnahme erfolgen.

### 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 soll über den Kurierfahrer noch am selben Tag erfolgen. Die Überschreitung dieser Parameter kann einen negativen Einfluss auf die Fehlerrate dieser individuellen Probe haben.

Von der Ärztin/vom Arzt auszufüllen

TRF-LB-2022-003



ANFORDERUNGSFORMULAR – LIQUID BIOPSY

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

GENPANEL-ANALYSEN

Hochsensitive Duplexsequenzierung (keine Standard-NGS-Analyse)
Limit of Detection: 0,5 % Tumorvariante im Plasma

THERAPIERELEVANZ / FAST TRACK

- 882.00 Somatic PI3K-Inhibitoren (Mammakarzinom) | PIK3CA EBM
892.00 Somatic TKI-EGFR-Inhibitoren (NSCLC) | EGFR (Exons 18-21) EBM
884.00 Somatic BRAF-MEK-Inhibitoren (NSCLC, Melanom) | BRAF
883.00 Somatic PARP-Inhibitoren (Ovarialkarzinom) | BRCA1, BRCA2
889.00 Somatic VEGF- und EGFR-Inhibitoren (Kolonreales Karzinom) | BRAF, KRAS, NRAS
893.00 Somatic Aromatase-Inhibitoren (Mammakarzinom) | ESR1 (Kodons 376-382, 460-478 532-540, 303)
894.00 Somatic AKT-Inhibitoren (Mammakarzinom) | AKT1 (Kodon 17)
902.00 Somatic TKI-HER2-Inhibitoren (Mammakarzinom) | ERBB2
896.00 Somatic Tumor - Liquid Biopsy | AKT1 (Kodon 17), BRAF, BRCA1, BRCA2, CCND2, EGFR (Exons 18-21), ERBB2, ESR1 (Kodons 376-382, 460-478 532-540, 303), KRAS, MTOR, NRAS, PIK3CA, TP53

MOSAIKERKRANKUNGEN

- 897.00 Mosaikerkrankungen - Großwucherkrankungen | AKT3, BRAF, CCND2, EPHB4, FGFR1, GNA11, GNAQ, GNAS, HRAS, KRAS, MAP2K1, MTOR, NRAS, PIK3CA, PIK3R2, RASA1, SMO
898.00 Somatic NF1 NF2 (Neurofibromatose) | NF1, NF2
900.00 Somatic PTEN | PTEN
905.00 Somatic APC | APC

VERLAUFSKONTROLLE / FAST TRACK

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

SPEZIFISCHE HOTSPOTANALYSEN

Digital Droplet PCR-Methode Limit of Detection: BRAF p.V600E 0,40 %, EGFR Exon 19-Deletionen 0,10 %, EGFR T790M 0,18 %, EGFR L858R 0,08 %, KRAS p.G12/p.G13 0,26 % Tumorvariante im Plasma

- EGFR p.T790M\* im Verhältnis zur bekannten EGFR-aktivierenden Variante: Deletion in Exon 19 EBM
EGFR p.T790M\* im Verhältnis zur bekannten EGFR-aktivierenden Variante: EGFR p.L858R EBM
EGFR-aktivierende Varianten (EGFR Exon 19 Deletionen und EGFR p.L858R) EUR 477,36
EGFR Exon 19-Deletionen EUR 407,44
EGFR p.L858R EUR 314,15
EGFR p.T790M EUR 314,15
BRAF p.V600E EUR 314,15
KRAS 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

Analyse für Verlaufskontrolle und Therapieentscheidung: EUR 752,68 - beliebig kombinierbar

Von der Ärztin/vom Arzt auszufüllen



# 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)<br><b>X</b> |
|------------|--------------------------------------|

## 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.

### 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.

|                           |            |                                      |
|---------------------------|------------|--------------------------------------|
| Telefonnummer Patient(in) | Ort, Datum | Unterschrift Patient(in)<br><b>X</b> |
|---------------------------|------------|--------------------------------------|

Von der Patientin / dem Patienten auszufüllen

Für Laborzwecke

- |   |                          |                          |   |                          |                          |   |                          |                          |    |                          |                          |    |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

interne Zwecke