

Medizinische Genetik Hereditäre Tumorerkrankung

	<p>Patient</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich</p> <p>Adresse: _____</p> <p>PLZ, Ort: _____</p>	<p>Auftraggeber</p> <p>Adresse oder Stempel (Druckbuchstaben)</p> <p>Befundkopie an: _____</p>
Patientenetikette	<p>Einverständniserklärung</p> <p>Mit seiner Unterschrift bestätigt der anfordernde Arzt, dass er die betroffene Person nach den geltenden gesetzlichen Vorschriften aufgeklärt und ihr Einverständnis eingeholt hat (einschliesslich bezüglich der Analysekosten, welche allenfalls von der Krankenkasse nicht übernommen werden). Für molekulargenetische Analysen wird eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten benötigt. Formulare können wir Ihnen gerne zukommen lassen.</p> <p>Ort / Datum: _____</p> <p>Unterschrift des anfordernden Arztes: _____</p>	<p>Rechnung an:</p> <p><input type="checkbox"/> Patient*in</p> <p><input type="checkbox"/> Spital / Zuweiser <input type="checkbox"/> ambulant</p> <p><input type="checkbox"/> stationär</p>
	<p>Entnahmedatum und Zeit</p> <p>Datum: _____ Uhrzeit: _____</p>	
	<p>Untersuchungsmaterial</p> <p><input type="checkbox"/> EDTA-Vollblut <input type="checkbox"/> DNA (Nr.: _____)</p> <p>(Kinder, Erwachsene 5-10ml; Kleinkinder min. 1ml; Versand: ungekühlt, A-Post)</p>	
	<p>Klinische Angaben / Bemerkungen / Diagnosen</p> <p><input type="checkbox"/> Indexpatient*in: Ethnie: _____ Konsanguinität: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Nicht</u> Indexpatient*in: Ethnie: _____ Konsanguinität: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Falls Nein: Verhältnis zum Indexpatienten: _____</p>	
Tagesnummer (für Labor reserviert)	<p>Patient*in ist: <input type="checkbox"/> gesund / präsymptomatisch <input type="checkbox"/> diagnostisch / symptomatisch (bitte beschreiben)</p> <p>Tumorpathologie / vorausgegangene Diagnostik: (z.B. MSI, Immunhistochemie...)</p> <p>Stammbaum / Familienanamnese:</p>	
	<p>Analysenbeginn:</p> <p><input type="checkbox"/> Sofort</p> <p><input type="checkbox"/> Nach Zustellung der Kostengutsprache (Bitte Kopie an uns)</p> <p><input type="checkbox"/> Zunächst nur asservieren (DNA-Banking)</p>	<p>Kontakt:</p> <p>Dr. rer. nat. Martin Hergersberg, FAMH Med. Genetik Tel.: +41 58 580 93 70 martin.hergersberg@zlmsg.ch</p> <p>MSc Yannick Gerth, Kand. FAMH Med. Genetik Tel.: +41 58 580 93 68 yannick.gerth@zlmsg.ch</p>



Medizinische Genetik Hereditäre Tumorerkrankung

Gen-Panel Diagnostik mittels Hochdurchsatz-Sequenzierung (NGS)

Die Kosten für die Analyse mittels NGS betragen CHF 2900.- für 1-10 Gene (EAL-Nr. 62xx.60), CHF 3300.- für 11-100 Gene (EAL 6248.61) sowie CHF 3800.- für >100 Gene (EAL 6248.62); zzgl. DNA- oder RNA-Extraktion pro Primärprobe (EAL 6001.03; CHF 61.-) sowie ggfs. MLPA (EAL 62xx.55; CHF 350.-). Die Verordnung einer Analyse von >10 Genen muss gemäss eidgenössischer Analysenliste (EAL) durch einen Arzt mit einem FMH-Titel Medizinische Genetik erfolgen. Für eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist ein vorgängiger Kostengutsprache-Antrag an den Versicherer notwendig. Für Keimbahnuntersuchungen wird eine Einverständniserklärung nach GUMG benötigt, Formulare können wir Ihnen gerne zukommen lassen.

Kostengutsprache: liegt vor Beantragt Abgelehnt Wiedererwägung

Brust- & Eierstockkrebs

- nur **BRCA1** und **BRCA2** (EAL 6241.60)
- Mammakarzinom**
BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, PTEN, STK11, TP53, CDH1 (gem. SAKK-Panel; EAL 6241.60)
 - Erweiterte HBOC-Analyse bei unauffälligen Befund (kostenneutral)
- Ovarialkarzinom**
BRCA1, BRCA2, BRIP1, MLH1, MSH2, MSH6, RAD51C, RAD51D (gem. SAKK-Panel; EAL 6241.60)
 - Erweiterte HBOC-Analyse bei unauffälligen Befund (kostenneutral)
- HBOC erweitert[§]** *BRCA1, BRCA2, ATM, BARD1, BRIP1, CDH1, CHEK2, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, NBN, PALB2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53*
- Magenkarzinom[#]** *APC, CDH1, CHEK2, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PRKAR1A, PMS2, TP53*
- Melanom[#]** *BAP1, BRCA2, CDK4, CDKN2A, MITF, TERT*
- Li-Fraumeni Syndrom[#]** *TP53*

Darmkrebs

- Nicht-Polypös (Lynch, HNPCC)**
EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, MUTYH, PTEN, STK11 (EAL 6242.60)
- Polypös (FAP, aFAP, MAP)**
APC, BMPR1A, MLH1, MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NF1, NTHL1, PMS2, POLD1, POLE, PTEN, SMAD4, STK11 (EAL 6245.60)
- Erweitert (Lynch & FAP)[§]**
APC, BMPR1A, CHEK2, EPCAM, GREM1, MLH1, MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NF1, NTHL1, POLD1, POLE, PTEN, PMS2, RNF43, SMAD4, STK11, TP53
- Kutane Beteiligung**
 - Peutz-Jeghers Syndrom[#]** *STK11*
 - Cowden/Hamartoma Syndrom[#]** *PTEN*
 - Gorlin-Basalzellnävus Syndrom[#]** *PTCH1, SUFU*
 - Tuberöse Sklerose[#]** *TSC1, TSC2*
 - Birth-Hogg-Dubé Syndrom[#]** *FLCN*
- Fanconi-Anämie** *BRCA2, BRIP1, FANCA, FANCB, FANCC, FANCD2, FANCE, FANCF, FACNG, FANCI, FANCL, FANCM, PALB2, RAD51C, SLX4* (EAL 6248.61)

Endokrine Neoplasien

- Multiple endokrine Neoplasie Typ 1, Typ 2, Typ 4** *MEN1, RET, CDKN1B* (EAL 6244.60)
- Paragangliom/Phäochromozytom[#]**
FH, MAX, MITF, NF1, RET, SDHA, SDHB, SDHC, SDHD, SDHAF2, TMEM127, VHL
- Von Hippel-Lindau Syndrom[#]** *VHL*
- Prolaktinom[#]** *AIP, CDKN1B, PRKAR1A, MEN1*
- Carney-Komplex[#]** *PRKAR1A*

Syndrome mit Nierenkarzinomen

- Von Hippel-Lindau Syndrom[#]** *VHL*
- Birth-Hogg-Dubé Syndrom[#]** *FLCN*
- Papilläres Nierenzell Karzinom[#]** *MET*
- Leiomyomatose[#]** *FH*
- Nephroblastom, Wilms-Tumor[#]** *WT1*

EAL 6247.60 (Seltene erbliche Tumorerkrankungen; 1-10 Gene)
§ EAL 6248.61 (Mendelsche erbliche Tumorerkrankungen; 11-100 Gene; nur durch FMH Med. Genetik)

Diverses

- nur DNA-Extraktion / DNA-Banking (EAL 6001.03; CHF 61.-)
- Molekulargenetische Diagnostik folgender Gene: _____
- MLPA (EAL 62xx.55; CHF 350.-): _____
- Trägerschaftsabklärung auf familiäre / spezifische Mutation mittels Sanger-Sequenzierung (bitte exakte Variante angeben; falls vorhanden, Blut-/DNA-Probe des Indexpatienten beilegen; EAL 62xx.56 CHF 215.- zzgl. 6008.09 CHF 100.-):
Gen: _____ Mutation: _____

<p>Genliste TruSight Hereditary Cancer Panel (113 Gene)</p>	<p><i>ACD, AIP, AKT1, APC, ATM, BAP1, BARD1, BLM, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CASR, CDC73, CDH1, CDK4, CDKN1B, CDKN2A, CEBPA, CHEK2, CTSC, DDB2, DICER1, DIS3L2, EPCAM, ERCC1, ERCC2, ERCC3, ERCC4, ERCC5, ABRAXAS1, FANCA, FANCB, FANCC, FANCD2, FANCE, FANCF, FANCG, FANCI, FANCL, FANCM, FH, FLCN, GALNT12, GATA2, GPC3, GREM1, HOXB13, KIF1B, KIT, LZTR1, MAX, MEN1, MET, MITF, MLH1, MRE11A, MSH2, MSH3, MSH6, MUTYH, NBN, NF1, NF2, NSD1, NTHL1, PALB2, PDGFRA, PHOX2B, PIK3CA, PMS2, POLD1, POLE, POT1, PRKAR1A, PTCH1, PTEN, RAD50, RAD51, RAD51B, RAD51C, RAD51D, RB1, RECQL4, RET, RHBDF2, RINT1, RUNX1, SDHA, SDHAF2, SDHB, SDHC, SDHD, SLX4, SMAD4, SMARCA4, SMARCB1, SMARCE1, SPINK1, SPRED1, STK11, SUFU, TERF2IP, TERT, TMEM127, TP53, TSC1, TSC2, VHL, WT1, XPA, XPC, XRCC2</i></p>
--	--

Einverständniserklärung genetische Untersuchungen in der Keimbahn mittels Hochdurchsatzsequenzierung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bestätige, dass ich im Rahmen eines Informationsgesprächs über die verschiedenen Aspekte der genetischen Untersuchungsmethoden aufgeklärt worden bin. Ich habe diese verstanden und hatte die notwendige Bedenkzeit.

Ich gebe mein Einverständnis für die Durchführung folgender Analyse(n):

_____ pränatal postnatal prädiktiv/präsymptomatisch

Für folgende **Erkrankung**: _____

Aus folgender **Probe** (z.B. Blut, Fruchtwasser, Gewebe): _____

Ich wünsche die Untersuchung:

- Nur im Falle einer Pflichtleistung bzw. bei erteilter Kostengutsprache JA NEIN
- Auch bei fehlender Kostengutsprache (Ich trage die Kosten von _____ notfalls selbst) JA NEIN

Zufallsbefunde: Sollte(n) die Analyse(n) Ergebnisse liefern, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sogenannte «Zufallsbefunde»), wünsche ich, wie folgt über diese Ergebnisse informiert zu werden:

- Veranlagung für Erkrankung, für die die Vorsorge und/oder Behandlung bekannt sind. JA NEIN
- Veranlagung für Erkrankung, für die es zurzeit keine Vorsorgemassnahmen/Behandlung gibt. JA NEIN
- Anderer Entscheid: _____

Falls Sie diese Fragen nicht beantworten, gehen wir davon aus, dass sie NICHT über Zufallsbefunde orientiert werden möchten.

Ich gebe mein Einverständnis zur Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials:

- Für eventuelle Nachuntersuchungen Falls Sie **NEIN** ankreuzen wird Ihre Probe nach der Analyse vernichtet! JA NEIN
- Zur Qualitätssicherung in anonymer Form JA NEIN
(die im Labor notwendig ist, um Analysen in Zukunft durchführen und weiterentwickeln zu können)
- Für eventuelle Forschungsprojekte (gesonderte Einwilligung erforderlich) JA NEIN

Unterschrift: _____ Ort, Datum: _____

(Eltern / rechtlicher Vertreter wo nötig)

Aufklärende/r Ärztin/Arzt

Ich bestätige, die oben genannte(n) Person(en) gemäss dem geltenden Gendiagnostikgesetz (GUMG) über die genannte(n) genetische(n) Analyse(n) inklusive deren Einschränkungen aufgeklärt zu haben und die mir gestellten Fragen beantwortet zu haben.

Name: _____ Vorname: _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift:** _____

Stempel: