

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK, gültig bis	Datum



MEDIZINISCHES LABOR NORD

Humangenetik

MVZ Medizinisches Labor Nord MLN GmbH
Essener Straße 108 Tel.: (040) 53805 0
22419 Hamburg www.mln.de

- Praxisstempel -

Nachweis der Indikation bei Anforderung BRCA1 / BRCA2 und gesetzlicher Krankenversicherung

Für gesetzlich versicherte Patienten kann die Untersuchung der Gene BRCA1 und BRCA2 nur als Kassenleistung erfolgen, wenn die Behandlung mit einem PARP-Inhibitor geplant ist oder aufgrund der Familienvorgeschichte der Verdacht auf erblichen Brust- und Eierstockkrebs besteht (Indikationskriterien entsprechend Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt). Vor Durchführung der Diagnostik benötigen wir entsprechende Angaben.

Genetische Untersuchung BRCA1 / BRCA2 bei geplanter PARP-Inhibitor-Therapie (EBM Ziffer 11601)

- die Untersuchung der Gene BRCA1 und BRCA2 in der Keimbahn ist für o.g. Patientin / Patienten zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung laut Fachinformation obligat.

ODER

Genetische Untersuchung BRCA1 / BRCA2 und ggf. weiterer Gene bei auffälliger Familienvorgeschichte / Hochrisikosituation (EBM Ziffer 11440)

In der Familie der o.g. Patientin / des o.g. Patienten sind folgende Kriterien erfüllt:
(mindestens ein Kriterium muss erfüllt sein)

- mindestens 3 Frauen aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Brustkrebs, unabhängig vom Alter.
- mindestens 2 Frauen davon 1 jünger als 50 Jahre aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Brustkrebs.
- mindestens 2 Frauen aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Eierstockkrebs.
- mindestens 1 Frau erkrankte an Brustkrebs und 1 weitere Frau an Eierstockkrebs oder 1 Frau erkrankte an Brust- und Eierstockkrebs.
- mindestens 1 Frau jünger als 36 Jahre erkrankte an Brustkrebs.
- mindestens 1 Frau jünger als 50 Jahre erkrankte an bilateralem Brustkrebs.
- mindestens 1 Mann erkrankte an Brustkrebs und 1 Frau an Brust- oder Eierstockkrebs.

Gewünschter Untersuchungsumfang

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> BRCA1
<input type="checkbox"/> BRCA2 | <input type="checkbox"/> ATM
<input type="checkbox"/> BARD1
<input type="checkbox"/> BRIP1
<input type="checkbox"/> CDH1
<input type="checkbox"/> CHEK2
<input type="checkbox"/> PALB2
<input type="checkbox"/> PTEN
<input type="checkbox"/> RAD51C
<input type="checkbox"/> RAD51D
<input type="checkbox"/> STK11
<input type="checkbox"/> TP53 |
|--|---|

nicht gewünschte Gene ggf. streichen

Folgende genetische Untersuchungen sind in der Familie bereits erfolgt: _____
(auffällige Befunde bitte beilegen)

X

Datum, Unterschrift veranlassender Arzt

Für Rückfragen wir Ihnen gerne zur Verfügung: Telefon: 040 53805-853 Fax: 040 53805-843