




Krankenkasse bzw. Kostenträger				<b>Barcode</b>  Feld bitte nicht bekleben oder beschriften
Name, Vorname des Versicherten				
Hier Adressen-Aufkleber einkleben oder Patienten-Chipkarte verwenden		geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum		oncoscreen® Ein Unternehmen der synlab MVZ Weiden GmbH Ernst-Ruska-Ring 15-17 07745 Jena Postfach 100264 07702 Jena Telefon +49 3641 5074-0 Fax +49 3641 5074-11 oncoscreen@synlab.com www.synlab.de

Abnahme	Überweisender Arzt (Stempel/Unterschrift)	Abrechnung
Datum: <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> Uhrzeit: <input type="text" value="h"/> <input type="text" value="h"/> <input type="text" value="m"/> <input type="text" value="m"/> Geschlecht (m/w/d/x): <input type="checkbox"/> Rückmeldung erwünscht: <input type="checkbox"/> Fax: ..... <input type="checkbox"/> Tel.: .....	Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____	<input type="checkbox"/> Kasse* <input type="checkbox"/> Privat** <input type="checkbox"/> Klinik** <input type="checkbox"/> Sonstige** ..... ..... ..... ..... ..... .....
* Bitte Überweisungsschein/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen 10 beilegen ** bitte Adresse des Rechnungsempfängers angeben		

## Untersuchungsantrag: Onkologie solider Tumore/Pharmakogenetik

### Untersuchungsmaterial

<input type="checkbox"/> <b>peripheres Blut</b> <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Heparin	<input type="checkbox"/> <b>Gewebe</b> <input type="checkbox"/> Normalgewebe Art: _____ Herkunft: _____ <input type="checkbox"/> Tumorgewebe Art: _____ Herkunft: _____ <input type="checkbox"/> Metastase Art: _____ Herkunft: _____ Gewebegewinnung: <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> sonstige: _____ Gewebefixierung: <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> Paraffin <input type="checkbox"/> sonstige: _____	<input type="checkbox"/> <b>Sonstiges Probenmaterial</b> <input type="checkbox"/> Material: _____
--	---	--

### Fragestellungen/klinische Angaben/Differentialdiagnosen:

Diagnose gesichert:  Ja  Nein

### Klinische/histologische Daten des Tumorgewebe/der Metastase (soweit bekannt)

Tumorgöße: \_\_\_\_\_ Mitoserate: \_\_\_\_\_ TNM Klassifikation: \_\_\_\_\_ ggf. Risikogruppe: \_\_\_\_\_

Histologische Diagnose (bitte ggf. Befundbericht beilegen): \_\_\_\_\_

### Einwilligung zur Durchführung der Genetischen Untersuchung (gemäß § 8 GenDG) und Datennutzung Bei fehlender Entscheidung wird von Zustimmung ausgegangen!

#### Vom Patienten auszufüllen:

Ergebnisse des Tests dürfen in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung oder wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden.  ja  nein

Der Aufbewahrung des überschüssigen Materials für wissenschaftliche Zwecke/Qualitätssicherungen stimme ich zu.  ja  nein

Ich stimme der Weitergabe und Nutzung klinischer Daten, Ergebnisse und generierter Daten innerhalb und außerhalb der SYNLAB-Gruppe zu.  ja  nein

**Ich entbinde die einsendende Ärztin / den einsendenden Arzt von ihrer/seiner Schweigepflicht und erlaube die Mitteilung von Bestätigungsergebnissen oder Befunden an die SYNLAB MVZ Thüringen.**

Mein Recht auf Nichtwissen habe ich zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum

Patient/-in / gesetzlicher Vertreter/in

Ort, Datum

verantwortliche ärztliche Person

**Anforderungen umseitig**

## Untersuchungsmaterial

- (1) 2 ml EDTA Blut peripher
- (2) ein **Paraffinblock** mit enthaltenem Tumorgewebe oder **sechs 7 µm Paraffinschnitte** mit Tumorgewebe, die auf **Objektträger** (nicht silanbeschichtet) aufgezogen sind. Vorteilhaft ist es, einen HE-Schnitt beizufügen.
- (3) 8 ml Blut in einem 10-ml-ccfDNA-Röhrchen (PAXgene), bitte anfragen

## Anforderungen

### Genetik/Tumorgenetik

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> therapierelevante <b>BRCA</b> -Mut.<br>(z.B. bei Mamma, Ovar, Pankreas, Prostata)<br><input type="checkbox"/> somatisch: Mutationen: <i>BRCA1, BRCA2</i> (2)<br>optional: <input type="checkbox"/> Fusionen: <i>NTRK1, NTRK2, NTRK3</i><br><input type="checkbox"/> hereditär: <b>BRCA1/2-Sequenzierung + MLPA</b> (1)<br><input type="checkbox"/> Therapiefestlegung (PARP-Inhibitoren)<br><input type="checkbox"/> aufgrund Familienanamnese | <input type="checkbox"/> therapierelevante <b>KRAS</b> -Mut. (2)<br>(z.B. bei Kolon, Pankreas)<br>Mutationen: <i>KRAS</i> (Codon 12,13)        | <input type="checkbox"/> therapierelevante <b>BRAF</b> -Mut. (2)<br>(z.B. bei Kolon, Melanom)<br>Mutationen: <i>BRAF</i> (p.V600E/K)   |
| <input type="checkbox"/> Mamma-Ca (2) nach <b>BRCA1</b> -Diagnostik<br>Mutationen: <i>PIK3CA, ESR1</i><br>Fusionen: <i>NTRK1, NTRK2, NTRK3</i>  | <input type="checkbox"/> Endometrium-Ca (2)<br>Mutationen: <i>POLE, TP53</i>   | <input type="checkbox"/> Urothel-Ca (2)<br>Mutationen: <i>FGFR2, FGFR3</i><br>Fusionen: <i>FGFR2*, FGFR3</i>   |
| <input type="checkbox"/> Lung-Ca (2)<br>Mutationen: <i>BRAF, EGFR, ERBB2, KRAS, MET, TP53</i><br>Fusionen: <i>ALK, MET, NTRK1, NTRK2, NTRK3, RET, ROS1</i>  | <input type="checkbox"/> Colon-Ca (2)<br>Mutationen: <i>BRAF, NRAS, KRAS, PIK3CA, TP53</i><br>Fusionen: <i>NTRK1, NTRK2, NTRK3</i>             | <input type="checkbox"/> Melanom (2)<br>Mutationen: <i>BRAF, KIT, NRAS, PDGFRA</i><br>Fusionen: <i>NTRK1, NTRK2, NTRK3</i>   |
| <input type="checkbox"/> Cholangiozelluläres-Ca (2)<br>Mutationen: <i>ARID1A, ATM, BAP1, BRAF, BRCA1, BRCA2, ERBB2, ERBB3, FGFR1, FGFR2, FGFR3, IDH1, IDH2, KRAS, MET, NRAS, PIK3CA, TP53</i><br>Fusionen: <i>FGFR2*, NTRK1, NTRK2, NTRK3</i>   | <input type="checkbox"/> Papilläres Schilddrüsen-Ca (2)<br>Mutationen: <i>BRAF</i><br>Fusionen: <i>NTRK1, NTRK2, NTRK3, RET</i>                | <input type="checkbox"/> Medulläres Schilddrüsen-Ca (2)<br>Mutationen: <i>BRAF, HRAS, KRAS, NRAS, RET, TP53</i><br>Fusionen: <i>NTRK1, NTRK2, NTRK3</i>  |
| <input type="checkbox"/> GIST (2)<br><input type="checkbox"/> <b>KIT</b> -Sequenzierung (Exon 9, 11, 13, 14, 17)<br><input type="checkbox"/> <b>PDGFRA</b> -Sequenzierung (Exon 12, 14, 18)   | <input type="checkbox"/> Prostata-Ca (2)<br>Mutationen: <i>BRCA1, BRCA2</i> ;<br><input type="checkbox"/> Fusionen: <i>NTRK1, NTRK2, NTRK3</i> | <input type="checkbox"/> Pankreas-Ca (2)<br>Mutationen: <i>BRCA1, BRCA2</i> ;<br><input type="checkbox"/> Fusionen: <i>NTRK1, NTRK2, NTRK3</i><br><input type="checkbox"/> <b>Nimotuzumab-Therapie</b> - Mutationen: <i>KRAS</i> |

Anmerkung: *FGFR2\**: Es werden die häufigsten **FGFR2**-Fusionen untersucht: *FGFR2::AHCYL1, FGFR2::BICC1, FGFR2::CCDC6, FGFR2::NOL4, FGFR2::PPHLN1, FGFR2::TRIM8*.

### Liquid-Biopsy-Diagnostik

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lung-Ca (3)<br>Mutationen: <i>EGFR</i> | <input type="checkbox"/> _____<br>andere Entitäten: bitte anfragen |
|---|--|

### Pharmakogenetik in der Onkologie

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>DPD</b> -Mutationen (1)<br>(bei 5-FU-Behandlung gemäß Leitlinie, siehe Tabelle)   | <input type="checkbox"/> 5-FU-Spiegelbestimmung<br>(Material: bitte Rücksprache)   | <input type="checkbox"/> <b>TPMT</b> -Genotypisierung (1)<br>(Genotypisierung bei Thiopurin-Behandlung)   |
| <input type="checkbox"/> Cytochrom P450 <b>2D6</b> (1)<br><input type="checkbox"/> Genotypisierung bei Tamoxifen-Bhdl.<br><input type="checkbox"/> sonstige Medikation: _____ | <input type="checkbox"/> Cytochrom P450 <b>2C8</b> (1)<br><input type="checkbox"/> Genotypisierung vor Paclitaxel-Bhdl.<br><input type="checkbox"/> sonstige Medikation: _____ | <input type="checkbox"/> <b>UGT1A1</b> -Polymorphismus (1)<br><input type="checkbox"/> Genotypisierung zur Meulengracht-Diagnostik<br><input type="checkbox"/> Toxizitätsrisiko bei CPT-11 (Irinotecan)-Bhdl. |
| <input type="checkbox"/> sonstige Cytochrom P450 (1)<br>Genotypisierungen<br>Gene: _____<br>Medikation: _____<br>(ggf. Rücksprache)   |  | <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b> _____<br>ggf. Rücksprache  |

Für weitere pharmakogenetische Fragestellungen konsultieren Sie bitte unseren speziellen Anforderungsschein zur Pharmakogenetik.

## Allgemeine Hinweise zur Diagnostik

- Paraffinproben und Blutproben können bei Raumtemperatur auf normalem Postweg versandt werden.
- Bitte verwenden Sie zur Fixierung der Präparate **gepuffertes Formalin** (pH-Wert 7,1 – 7,6).
- Für eine umfassende Befundung benötigen wir weitere Informationen zum Krankheitsverlauf Ihres Patienten und bitten Sie daher, auf diesem Anforderungs-/Begleitschein möglichst alle relevanten Angaben zu machen.
- Gerne senden wir Ihnen bei Bedarf diesen Anforderungs-/Begleitschein sowie Monovetten und Versandmaterial zu (Tel. 03641/50 74 0). Sie finden den Anforderungs-/Begleitschein auch im Internet unter [www.oncoscreen.com](http://www.oncoscreen.com).
- Für Patienten der **gesetzlichen Krankenkassen** gilt, dass diese Diagnostiken über einen **Überweisungsschein/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen 10** als EBM-Leistung angefordert werden können. Auf dem Überweisungsschein muss die **Diagnose** angegeben sein. Die **molekulargenetischen Untersuchungen** belasten **nicht** Ihr Laborbudget, wenn folgende Kennziffern angegeben sind: 32010 bei Erstdiagnose; 32012 bei parenteraler oder palliativer Behandlung; 32019 bei medikamentöser Tumorthherapie (parenteral/enteral).

## Indikationshinweise

Erkrankung / Diagnostik	Therapiefestlegung (PARP-Inhibitoren) oder Familienanamnese	5-FU Toxizität	5-FU-Behandlung	CPT11-Toxizität	Medikamenten-wirksamkeit Tamoxifen	Medikamenten-verträglichkeit Paclitaxel	Nicht-Kleinzelliges Bronchial-CA TK-Resistenz	Somatische Mutationen bei Mamma, Ovar, Pankreas, Prostata-CA	Immuno-Therapie Darmkrebs	Immuno-Therapie Melanom	Toxizitätsrisiko bei Thiopurin-Therapie
BRCA1/2 Sequenzierung/MLPA	X										
BRCA1/2 Sequenzierung								X			
4 DPD-Mutationen (c.1905+1 G>A, c.1236G>A, c.1679T>G, c.2846A>T, gemäß Leitlinie)		X									
5-FU-Spiegelbestimmung			X								
UGT1A1 Promotorpolymorphismus (Allele 6 und 28)				X							
Cytochrom P450 2D6 Genotypisierung					X						
Cytochrom P450 2C8 Genotypisierung						X					
KRAS (Codon 12 und 13)							X		X		
BRAF (p.V600E/K)							X		X	X	
Liquid-Biopsy (EGFR-Mutationen)							X				
TPMT-Genotypisierung											X