




Krankenkasse bzw. Kostenträger		  <p>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</p>	Barcode		
Name, Vorname des Versicherten			 <p>Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13014-03-00</p>	Feld bitte nicht bekleben oder beschriften	
Hier Adressen-Aufkleber einkleben oder Patienten-Chipkarte verwenden					geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.				Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum			

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: Pharmakogenetik/Pharmakokinetik

### Untersuchungsmaterial

- peripheres Blut
- EDTA

Fragestellungen/klinische Angaben/Differentialdiagnosen: Diagnose gesichert:  Ja    Nein

### 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

## Untersuchungsmaterial

(1) 2 ml EDTA Blut peripher

---

### Anforderungen (nach Gene, ggf. nach Therapie)

#### Pharmakogenetik

##### Onkologische Fragestellungen:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>DPD-Mutationen (1)</b><br>(vor <b>5-FU</b> -Therapie gemäß Leitlinie:<br>4 DPD-Mutationen: c.1905+1 G>A,<br>c.1236G>A, c.1679T>G, c.2846A>T) | <input type="checkbox"/> <b>TPMT-Genotypisierung (1)</b><br>(Genotypisierung bei <b>Azathioprin</b> -Therapie<br>oder ähnlichen Therapien) | <input type="checkbox"/> <b>UGT1A1-Polymorphismus (1)</b><br>(Genotypisierung vor <b>CPT-11 (Irinotecan)</b> -Therapie) |
| <input type="checkbox"/> <b>Cytochrom P450 2D6 (1)</b><br>(Genotypisierung vor <b>Tamoxifen</b> -<br>Therapie)   | <input type="checkbox"/> <b>Cytochrom P450 2C8 (1)</b><br>(Genotypisierung vor <b>Paclitaxel</b> - Therapie)                               |   |

##### Psychiatrisch-Neurologische Fragestellungen:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Cytochrom P450 2C9 (1)</b><br>(NSAR, Phenytoin, Antiepileptika)                           | <input type="checkbox"/> <b>Cytochrom P450 2C19 (1)</b><br>(Antidepressiva (SSRI), Neuroleptika) | <input type="checkbox"/> <b>Cytochrom P450 2D6 (1)</b><br>(Psychopharmaka, Neuroleptika<br>Analgetika, bei M. Gaucher-Therapie) |
| <input type="checkbox"/> <b>Cytochrom P450 2C9 (1)</b><br>(Genotypisierung vor <b>Siponimod (Mayzent®)</b> -Therapie) |  |   |

##### Innere Medizin/Kardiologie/Gerinnung:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>SLCO1B1 (1)</b><br>(Genotypisierung vor <b>Statin</b> -Therapie)                | <input type="checkbox"/> <b>Cytochrom P450 2C9 (1)</b><br>(Antidiabetika,<br>Angiotensin-II-Rezeptorblocker) | <input type="checkbox"/> <b>Cytochrom P450 2C19 (1)</b><br>(Genotypisierung vor <b>Mavacamten (CAMZYOS®)</b> -<br>Therapie) |
| <input type="checkbox"/> <b>Cytochrom P450 2C19 (1)</b><br>(Protonenpumpen-Inhibitoren,<br>Clopidogrel)     | <input type="checkbox"/> <b>Cytochrom P450 2D6 (1)</b><br>(Betablocker)                                      | <input type="checkbox"/> <b>UGT1A1-Polymorphismus (1)</b><br>(Genotypisierung zur <b>Meulengracht</b> -Diagnostik)          |
| <input type="checkbox"/> <b>Cytochrom P450 2C9/VKORC1 (1)</b><br>(Cumarin- und Cumarinderivat-Sensitivität) |  |   |

- 
- sonstige Cytochrom P450 Genotypisierungen (1)**  
(z.B. **CYP 1A1, -1A2, -2B6, -3A4, -3A5, -3A7**)

ggf. Rücksprache für weitere Diagnostik oder Anwendung anderer Medikamente

#### Pharmakokinetik

- 5-FU-Spiegelbestimmung**  
Material: **bitte Rücksprache**

---

### Allgemeine Hinweise zur Diagnostik

- 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).