

Krankenkasse bzw. Kostenträger		  <small>Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13014-03-00</small>	 <small>oncoscreen® Ein Unternehmen der synlab MVZ Weiden GmbH MVZ Gera · Filiale Jena Löbstedter Straße 93 07749 Jena Postfach 100264 07702 Jena Telefon +49 3641 5074-0 Fax +49 3641 5074-11 oncoscreen@synlab.com www.synlab.de</small>	Barcode	
Name, Vorname des Versicherten Hier Adressen-Aufkleber einkleben oder Patienten-Chipkarte verwenden				geb. am	Feld bitte nicht bekleben oder beschriften
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.			Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis			Datum	

Abnahme	Überweisender Arzt (Stempel/Unterschrift)	Abrechnung												
Datum: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table> Uhrzeit: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>h</td><td>h</td><td>m</td><td>m</td></tr></table> Geschlecht: <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>m</td><td>w</td></tr></table> Rückmeldung erwünscht: <input type="checkbox"/> Fax: <input type="checkbox"/> Tel.:	T	T	M	M	J	J	h	h	m	m	m	w	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
T	T	M	M	J	J									
h	h	m	m											
m	w													

Untersuchungsantrag: Onkologie solider Tumore/Pharmakogenetik

Untersuchungsmaterial

<input type="checkbox"/> peripheres Blut <input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> CPDA	<input type="checkbox"/> Gewebe <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"/> Sonstiges Probenmaterial <input type="checkbox"/> Material: _____
---	---	--

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

.....

.....

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

Tumgröße: _____ Mitoserate: _____ TNM Klassifikation: _____ ggf. Risikogruppe: _____

Histologische Diagnose (bitte ggf. Befundbericht beilegen): _____

Einverständniserklärung (gesetzlich vorgeschrieben; anderenfalls kann keine Diagnostik durchgeführt werden)

Hiermit erkläre ich, _____, mich damit einverstanden, dass die oben angeforderten genetischen Untersuchungen aus meiner Probe vorgenommen werden dürfen. Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass zum Zweck der labormedizinischen Diagnostik meine Probe inkl. meiner personenbezogenen Daten an das Labor Synlab Jena Oncoscreen weitergeleitet werden. Mir ist bekannt, dass die Untersuchungsergebnisse durch das Labor ausschließlich dem Einsender mitgeteilt werden dürfen.

Option (falls nicht zutreffend kann gestrichen werden):
Darüber hinaus bin ich mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke für Untersuchungen wissenschaftlicher Art und die Publikation dieser Ergebnisse in anonymisierter Form einverstanden.

Unterschrift Patient / Patientin / bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Arzt

Ort, Datum _____ Patient / -in / gesetzlicher Vertreter _____

Ort, Datum _____ Arzt _____

Untersuchungsmaterial

- (1) 2 ml EDTA Blut peripher
- (2) ein **Paraffinblock** 7 x 7 mm erhaltenes Tumorgewebe oder **sechs 7 µm Paraffinschnitte** vom Tumorgewebe, die auf **Objektträger** (nicht silanbeschichtet) aufgezogen sind
- (3) 8,5 ml CPDA Blut peripher

Anforderungen

Genetik/Tumorgenetik

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> BRCA1/2-Sequenzierung/MLPA (1) | <input type="checkbox"/> PDGF-Rezeptor Sequenzierung (2) | <input type="checkbox"/> c-KIT (p.A502_Y503dup; Exon 9) (2) |
| <input type="checkbox"/> EGF-Rezeptor-Sequenzierung (2) | <input type="checkbox"/> B-RAF (p.V600E) (2) | <input type="checkbox"/> K-RAS-Mutationen (Codon 12, 13) (2) |
| <input type="checkbox"/> c-KIT-Sequenzierung (2) | <input type="checkbox"/> EML4-ALK Fusionsgen (2) | <input type="checkbox"/> TP53-Sequenzierung (2) |
| <input type="checkbox"/> RAS-Sequenzierung (K- und N-RAS, jeweils Exone 2,3,4) (2) | <input type="checkbox"/> UGT1A1 Promotorpolymorphismus (1) zur Meulengrachtdiagnostik | <input type="checkbox"/> BRCA1/2 bei High-Grade serösem Ovarial-Ca. (1 und/oder 2) |
| <input type="checkbox"/> MLH1, MSH2, MSH6 (1) | <input type="checkbox"/> Fusionsgenpanel (EML4, ROS1 u.a.) (2) | <input type="checkbox"/> MGMT-Methylierung (2) |

Pharmakogenetik

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> DPD-Exon14-Skipping Mutation (1) bei 5-FU-Behandlung | <input type="checkbox"/> Cytochrom P450 2D6 Mutationen bei Tamoxifen-Behandlung (1) | <input type="checkbox"/> 5-FU-Spiegelbestimmung
Material: bitte Rücksprache |
| <input type="checkbox"/> UGT1A1 Promotorpolymorphismus (1) bei CPT11-Behandlung | <input type="checkbox"/> Cytochrom P450 2C8 Mutationen vor Paclitaxel-Behandlung (1) | <input type="checkbox"/> sonstige Cytochrom P450 Genotypisierungen (1) |

Vorsorge

- Septin9 (3)

Sonstiges:

- _____
ggf. Rücksprache

Allgemeine Hinweise zur Diagnostik

- Die Blutproben müssen innerhalb von **5 Tagen** nach Abnahme unser Labor erreichen. (ggf. Gewebeproben/Paraffinproben nachsenden)
Materialannahme: Montag bis Samstag
- **Achtung: peripheres CPDA-Blut für den Septin9-Test muß innerhalb von 48 h nach Blutabnahme unser Labor erreichen.**
- 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.
- 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.

Indikationshinweise

Erkrankung	Diagnostik															
	Hereditärer Brust- u. Eierstockkrebs oder HGS-Ov-Ca	HNPC	5-FU Toxizität	5-FU-Behandlung	CPT11-Toxizität	Medikamenten-wirksamkeit Tamoxifen	Medikamenten-verträglichkeit Paclitaxel	GIST / Imatinib-Resistenz	Nicht-Kleinzelliges Bronchial-CA TK-Resistenz	Nicht-Kleinzelliges Bronchial-CA Therapieindikation	Morbus Meulengracht	Immuno-Therapie Darmkrebs (z. B. Cetuximab)	Immuno-Therapie Melanom	Malignitätskriterium bei Karzinomen	Glioblastom	Vorsorge Darmkrebs
BRCA1/2 Sequenzierung/MLPA	X															
MLH1, MSH2, MSH6 Sequenzierung/MLPA		X														
DPD-Exon14-Skipping Mutation (c.1905+1 G>A)			X													
5-FU-Spiegelbestimmung				X												
UGT1A1 Promotorpolymorphismus					X						X					
Cytochrom P450 2D6 Mutationsscreening						X										
Cytochrom P450 2C8 Mutationsscreening							X									
c-KIT (p.A502_Y503dup; Exon 9)								X								
c-KIT Sequenzierung (Exon 11, 13, 14, 17)								X								
PDGF-Rezeptor Sequenzierung (Exon 12, 14, 18)								X								
EGF-Rezeptor Sequenzierung (Exon 18, 19, 21)									X							
EML4-ALK Fusionsgen										X						
Komplexer Fusionsgennachweis (u.a. RET, ROS1, EML4)										X						
K-RAS (Codon 12 und 13)									X			X				
RAS-Sequenzierung (K-RAS und N-RAS, Exon 2,3,4)											X	X				
B-RAF (p.V600E)											X	X				
TP53 Mutationen														X		
MGMT-Methylierung															X	
Septin 9																X