



Anforderung molekulare Diagnostik Gastrointestinale Tumore

Hinweis: Bitte alle Felder deutlich ausfüllen!

per Fax an: 0221 478 - 1460223

Patientenetikett (<i>bitte hier aufkleben</i>) Name, Vorname _____ geboren am _____ Straße _____ PLZ/Wohnort _____ Versicherungsnummer _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Gewicht: _____ Körpergröße: _____ Familienanamnese für GI Tumore: <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> (Zeitpunkt der Anforderung) stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> (bei Gewebeentnahme)
Krankenkasse <input type="checkbox"/> GKV: _____ <input type="checkbox"/> PKV: _____ ↳ Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Vollversichert <input type="checkbox"/>	
ECOG Performance Status <input type="checkbox"/> ECOG 0 (normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung) <input type="checkbox"/> ECOG 1 (Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich) <input type="checkbox"/> ECOG 2 (gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen) <input type="checkbox"/> ECOG 3 (nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden) <input type="checkbox"/> ECOG 4 (völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden)	
Entität <input type="checkbox"/> Magen <input type="checkbox"/> Dickdarm <input type="checkbox"/> Dünndarm <input type="checkbox"/> Rektum <input type="checkbox"/> Oesophagus <input type="checkbox"/> Appendix <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Duodenum Histologie <input type="checkbox"/> Adeno-Ca <input type="checkbox"/> Plattenepithel-Ca <input type="checkbox"/> Neuroendokrine-Ca <input type="checkbox"/> Adenosquamoses-Ca <input type="checkbox"/> andere (NOS): _____ <p style="text-align: center;"><u>Bitte unbedingt pathologischen Befund beifügen</u></p>	



Name, Vorname des Patienten: _____

Angaben zum Tumorstadium:

1. Erstdiagnose (ED) am: _____ ED histopathologisch gesichert: ja nein

TNM-Status bei ED T: _____ N: _____ M: _____ UICC bei ED: _____

2. Aktuelles Tumorstadium (sofern abweichend von der ED) seit: _____ (Datum)

TNM-Status aktuell T: _____ N: _____ M: _____ UICC aktuell: _____

Kurativ-operabel: ja nein (wenn JA, nur MSI- Untersuchung sinnvoll)

Rezidiv/ Progress: ja nein Falls ja, seit wann? _____ (Datum)

Therapie: (**bitte aktuellen Arztbrief beifügen!**)

Tumormaterial

bei: _____ (Name des Pathologen, Praxis, Klinik, Ort)

Welches Tumormaterial soll untersucht werden? _____ (z.B. Datum der Entnahme, Eingangsnummer usw.)

Resistenztestung

1. Therapie mit einem Anti-EGFR-Antikörper erfolgt? ja nein

Falls ja, welcher Anti-EGFR-Antikörper: _____ (**bitte unbedingt angeben!**)

2. Progress unter der Therapie mit einem Anti-EGFR-Antikörper ja nein

3. Nach Feststellung des Progresses ist eine erneute Biopsie erfolgt (Re-Biopsie)? ja nein

Falls ja, wann? _____ Re-Biopsie hat folgende interne Nummer: _____

Resistenztestung beantragen? ja nein **!! Nur falls 1. – 3. zutreffen kann eine Resistenztestung erfolgen!!**

Spezielle Anforderungen (ggf. als Einzeluntersuchung):

MSI HER-2 (FISH) FGFR1 (FISH) FGFR2 (FISH) PD-L1

Oder Routinediagnostik (GI-Panel, RAS und MSI)

Kontakt:

Uniklinik Köln
Gastrointestinal Cancer Group Cologne
Bettenhaus Ebene 0 Raum **0.010**
Kerpener Straße 62
50924 Köln

Tel.: 0221 478 - 98052
Fax: 0221 478 - 1460207
Mail: ngm-info@uk-koeln.de

Einsender:

Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,
leserlich!!

**per Fax an:
0221 478 - 1460223**



PATIENTENINFORMATION und Einwilligungserklärung Molekularpathologische Diagnostik bei Lungentumoren

- Patientenaufkleber -

Patientenname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die **personalisierte Medizin** bietet die Möglichkeit einer individuellen und gezielten Tumorthherapie bei Lungenkrebspatienten. **Voraussetzung für die zielgerichtete Therapie ist der Nachweis spezifischer molekularer Marker.** Molekulare Veränderungen beim Lungenkrebs finden sich ausschließlich in den Tumorzellen und werden nicht vererbt. Sind die Ergebnisse der molekularen Testung auf diese Marker positiv, können Patienten eine moderne Therapie erhalten (häufig in Tablettenform), die hohe Ansprechraten bei besserer Verträglichkeit und weniger Nebenwirkungen als unter der normalen Chemotherapie zeigen. Im **Netzwerk Genomische Medizin (NGM)** lassen wir Gewebeproben Ihres Lungentumors unter Voraussetzung Ihrer Einwilligung auf solche molekularen Marker im Institut für Pathologie der Uniklinik Köln untersuchen. Sollte sich aus den umfassenden molekularpathologischen Untersuchungen Ihrer Gewebeprobe ein Befund ergeben, der eine therapeutische Konsequenz, ggf. Studienteilnahme für Sie haben kann, werden diese Informationen an den behandelnden Arzt kommuniziert. Weiterhin werden Ergebnisse der molekularen Analyse zu wissenschaftlichen Zwecken in Hinblick auf die Weiterentwicklung personalisierter Therapieansätze und somit stetigen Verbesserung der Patientenversorgung verwendet.

Bei Rückfragen Ihrer Krankenkasse oder im Falle eines Gutachtens des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung (MDK), werden Informationen über Ihren Krankheitsverlauf unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht an das NGM weitergegeben. Abgerechnet werden diese Untersuchungen von der Uniklinik Köln mit den einzelnen Kostenträgern:

- GKV (nach Genehmigung eines Kostenübernahmeantrags oder im Rahmen von Selektivverträgen)
- PKV (Privatliquidationsrechnung an Sie/ den Versicherten zur Weiterleitung an die PKV oder Direktabrechnung mit der PKV bei voller Kostenerstattung (Vollversicherung ohne Beihilfe etc.))
- Klinischem Partner (Leistungsanforderer)

Bei Fragen können Sie sich direkt an Ihren behandelnden Arzt oder an die Netzwerkzentrale des NGM wenden (Tel.: **0221- 478 96532**, E-Mail: **ngm-info@uk-koeln.de**).

Einwilligungserklärung zur molekularpathologischen Untersuchung

1. Hiermit erkläre ich, dass mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte der molekularpathologischen Diagnostik im NGM informiert hat. Ich stimme zu, dass mein Tumormaterial zur weiteren molekularpathologischen Diagnostik an die Uniklinik Köln weitergegeben wird.
2. Ich bin einverstanden, dass meine medizinischen und persönlichen Daten während des gesamten Behandlungszeitraums als auch posthum an das NGM weitergeleitet und vom NGM unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien für wissenschaftliche Zwecke verarbeitet und genutzt werden dürfen.
3. Das Einverständnis nach Ziffer 2 gilt auch im Falle eines Behandlerwechsels für den weiterbehandelnden Arzt
4. Ich ermächtige die Uniklinik Köln entsprechend §13 SGB X in meinem Namen die Kosten für die molekulare Testung bei meiner Krankenkasse geltend zu machen und z. B. im Falle einer Ablehnung, alle hierfür notwendigen Rechtsmittel einzulegen. Gleichzeitig entbinde ich die Uniklinik Köln von der Schweigepflicht und ermächtige sie gegenüber dem Kostenträger, alle Fragen im Zusammenhang mit der Rechnungslegung zugrunde liegenden Behandlungen zu beantworten, Unterlagen herauszugeben, Schriftwechsel zu führen und insoweit Auskunft zu erteilen.
5. Im Falle einer Direktabrechnung mit der PKV trete ich hiermit von meinem Erstattungsanspruch zurück.
6. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen).

Datum, Unterschrift Patient

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Patienten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlage (RSAV) gesichert ist. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient zur aktiven Mitwirkung bereit ist und im Hinblick auf die Therapieziele von der Diagnostik profitieren kann.

Datum, Unterschrift Arzt