Netzwerk
Genomische Medizin
Gastrointestinale Tumore

- Patientenaufkleber -

Patientenname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

PATIENTENINFORMATION
Molekularpathologische Diagnostik bei Gastrointestinalen Tumoren

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die **personalisierte Medizin** bietet die Möglichkeit einer individuellen, gezielten sog. "targeted" Tumortherapie. **Voraussetzung für diese gezielte Art von Therapie ist immer der Nachweis molekularer Marker im Tumorgewebe.** Bei einem hohen Anteil von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren lassen sich Biomarker nachweisen, die unmittelbar für die therapeutische Entscheidung relevant sind. Die molekularen Marker legen z.B. fest, ob eine Antikörpertherapie sinnvoll ist. Darüberhinaus gibt es molekulare Marker in den Tumoren, die eventuell den Einschluss von klinischen Studien mit zielgerichteter Therapie erlauben. All diese Therapien haben nicht die klassischen Nebenwirkungen der Chemotherapie und zeigen eine besondere Effektivität.

Im Rahmen des **Netzwerks Genomische Medizin Gastrointestinale Tumore** lassen wir Gewebeproben Ihres Tumors in Kooperation mit der Uniklinik Köln auf solche molekularen Marker im Institut für Pathologie der Uniklinik Köln untersuchen, wenn Sie einverstanden sind. Sollte sich aus den umfassenden molekularpathologischen Untersuchungen Ihrer Gewebeprobe ein Befund ergeben, der eine mögliche therapeutische Konsequenz, ggf. Studienteilnahme für Sie haben könnte, werden diese Informationen an den behandelnden Arzt kommuniziert.

Wir möchten beim Vorliegen molekularbiologischer Veränderungen oder bei Rückfragen von Krankenkassen /MDK Informationen über Ihren Krankheitsverlauf unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht an NGM weitergeben dürfen. Abgerechnet werden diese Untersuchungen von der Uniklinik Köln mit den einzelnen Kostenträgern:

- GKV
- PKV (Privatliquidationsrechnung an 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 Ärzte in der Zentrale 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 erhobene medizinische und persönliche Daten/Ergebnisse für wissenschaftliche Zwecke verarbeitet, genutzt und zu Abrechnungszwecken an den jeweiligen Kostenträger weitergeleitet werden. Gleichzeitig entbinde ich den Leistungserbringer und ggf. die Verrechnungsstelle an der Uniklinik Köln von der Schweigepflicht und ermächtige sie gegenüber dem Kostenträger, alle Fragen im Zusammenhang mit den der Rechnungslegung zugrunde liegenden Behandlungen zu beantworten, Unterlagen herauszugeben, Schriftwechsel zu führen und insoweit Auskunft zu erteilen.
3. 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).
4. Mit Wirkung vom heutigen Tage habe ich die Uniklinik Köln entsprechend §13 SGB X ermächtigt, die Kosten für die molekulare Testung in meinem Namen bei meiner Krankenkasse geltend zu machen und ggf. alle in diesem Zusammenhang notwendigen Rechtsmittel einzulegen, z.B. im Falle einer Ablehnung einer Kostenübernahme.
5. Im Falle einer Direktabrechnung mit der PKV trete ich hiermit von meinem Erstattungsanspruch zurück.

_____
Datum, Unterschrift Patient

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die oben gennannte 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 und Stempel Arzt