



Anforderung molekulare Diagnostik LUNGENKARZINOM

Hinweis: Bitte alle Felder deutlich ausfüllen!

per Fax an: **0351 458-6335**

Patientenetikett (bitte hier aufkleben) _____ <i>Name, Vorname</i> _____ <i>geboren am</i> _____ <i>Straße</i> _____ <i>PLZ/Wohnort</i> _____ <i>Versicherungsnummer</i>	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Gewicht: _____ Größe: _____ stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> (zum Zeitpunkt dieser Anforderung) Raucherstatus: <input type="checkbox"/> Raucher, pack years: _____ <input type="checkbox"/> Ex-Raucher, stopp seit: _____ Jahren pack years: _____ <input type="checkbox"/> Nieraucher
Krankenkasse <input type="checkbox"/> GKV: _____ (bitte konkrete Angabe) <input type="checkbox"/> PKV: _____ (bitte konkrete Angabe) ↳ Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Vollversichert <input type="checkbox"/> (bitte bei PKV <u>IMMER</u> angeben!)	
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)	
Histologie <input type="checkbox"/> Adeno-Ca. <input type="checkbox"/> Adenosquamöses-Ca. <input type="checkbox"/> Plattenepithel-Ca. <input type="checkbox"/> Kleinzelliges Karzinom <input type="checkbox"/> CUP <input type="checkbox"/> andere (NOS): _____ - Bitte unbedingt pathologischen Befund beifügen -	



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

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

Therapie: - Bitte aktuellen Arztbrief beifügen -

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

Materialentnahme erfolgte : stationär ambulant

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

Möchten Sie für Ihren Patienten eine Resistenztestung anfordern?

Ja Nein

Falls ja, füllen Sie zusätzlich die Seite 3 aus!

Kontakt:

Universitätsklinikum C.-G.Carus
Medizinische Klinik I
Studiensekretariat Internistische Onkologie
Netzwerk Genomische Medizin
Haus 31, Zimmer 204
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Tel: 0351- 458- 7666
Fax: 0351- 458- 6335
Mail: ngminfo@ukdd.de

Per Fax an 0351 458-6335

Einsender:

Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,
leserlich!!



Name, Vorname des Patienten: _____

Resistenztestung EGFR

1. Therapie mit einem EGFR-TKI bei bekannter EGFR-Mutation erfolgt? ja nein

Falls ja, welcher EGFR-TKI: _____ (bitte unbedingt angeben!)

2. Progress unter Therapie mit einem EGFR-TKI bei bekannter EGFR-Mutation 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!

ALK-Inhibitor Resistenz

1. Therapie mit Crizotinib bei bekannter ALK-Translokation erfolgt? ja nein

2. Progress unter Therapie mit Crizotinib bei bekannter ALK-Translokation ja nein

3. Therapie nach Progress mit folgendem ALK-TKI:

Ceritinib Alectinib andere, welche _____ keine Therapie

4. 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. - 4. zutreffen, kann eine Resistenztestung erfolgen!

Kontakt:

Universitätsklinikum C.-G.Carus
Medizinische Klinik I
Studiensekretariat Internistische Onkologie
Netzwerk Genomische Medizin
Haus 31, Zimmer 204
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Tel: 0351- 458- 7666
Fax: 0351- 458- 6335
Mail: ngminfo@ukdd.de

Per Fax an 0351 458-6335

Einsender:

*Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,
leserlich!!*



PATIENTENINFORMATION und Einwilligungserklärung Molekularpathologische Diagnostik bei Lungentumoren

- Patientenaufkleber -

Patientenname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

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 Verbund des **Nationalen Netzwerks Genomische Medizin (nNGM)** lassen wir Gewebeproben Ihres Lungentumors auf solche molekularen Marker in den pathologischen Instituten der onkologischen Spitzenzentren (CCC) untersuchen. Eine Liste der teilnehmenden Zentren erhalten Sie auf der Website www.nngm.de. 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 vom Universitätsklinikum C.-G.-Carus Dresden 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 die Studienzentrale internistische Onkologie wenden (Tel.: 0351 458 7666, nngminfo@ukdd.de).

Einwilligungserklärung zur molekularpathologischen Untersuchung

1. Hiermit erkläre ich, dass mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte der molekularpathologischen Diagnostik im nNGM informiert hat. Ich stimme zu, dass mein Tumormaterial und meine Patientenunterlagen zur weiteren molekularpathologischen Diagnostik an die Zentren des nNGM weiterversandt werden.
2. Ich bin einverstanden, dass meine medizinischen und persönlichen Daten während des gesamten Behandlungszeitraums als auch posthum an das nNGM weitergeleitet und vom nNGM 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 das Universitätsklinikum C.-G.-Carus, Dresden 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 das Universitätsklinikum C.-G.-Carus, Dresden 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).

X _____
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.

X _____
Datum, Unterschrift Arzt