



# Anforderung molekulare Diagnostik LUNGENKARZINOM

Hinweis: Bitte alle Felder deutlich ausfüllen!

per Fax an: **09131-85-24745**

<p><b>Patientenetikett</b> (bitte hier aufkleben)</p> <p>_____</p> <p><i>Name, Vorname</i></p> <p>_____</p> <p><i>geboren am</i></p> <p>_____</p> <p><i>Straße</i></p> <p>_____</p> <p><i>PLZ/Wohnort</i></p> <p>_____</p> <p><i>Versicherungsnummer</i></p>	<p><b>Geschlecht:</b>    <input type="checkbox"/> m    <input type="checkbox"/> w</p> <p><b>Gewicht:</b> _____    <b>Größe:</b> _____</p> <p>stationär <input type="checkbox"/>    ambulant <input type="checkbox"/> (zum Zeitpunkt dieser Anforderung)</p> <p><b>Raucherstatus:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Raucher, pack years: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ex-Raucher, stopp seit: _____ Jahren pack years: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nieraucher</p>
<p><b>Krankenkasse</b></p> <p><input type="checkbox"/> GKV: _____ (bitte konkrete Angabe)</p> <p><input type="checkbox"/> PKV: _____ (bitte konkrete Angabe)</p> <p>↳ Basistarif <input type="checkbox"/>    Standardtarif <input type="checkbox"/>    Vollversichert <input type="checkbox"/>    <b>(bitte bei PKV <u>IMMER</u> angeben!)</b></p>	
<p><b>ECOG Performance Status</b></p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 0 (normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 1 (Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 2 (gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 3 (nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 4 (völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden)</p>	
<p><b>Histologie</b></p> <p><input type="checkbox"/> Adeno-Ca.    <input type="checkbox"/> Adenosquamoses-Ca.    <input type="checkbox"/> Plattenepithel-Ca.    <input type="checkbox"/> Kleinzelliges Karzinom</p> <p><input type="checkbox"/> CUP    <input type="checkbox"/> andere (NOS): _____</p> <p style="text-align: center;"><b>- Bitte unbedingt pathologischen Befund beifügen -</b></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

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 Erlangen  
zu Hdn. Frau Wacker  
Institut für Pathologie  
Krankenhausstr. 8-10  
91054 Erlangen  
Tel: 09131-85-22287  
Fax: 09131-85-24745  
Mail: heidmarie.wacker@uk-erlangen.de

**Per Fax an 09131-85-22287**

**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 Erlangen  
zu Hdn. Frau Wacker  
Institut für Pathologie  
Krankenhausstr. 8-10  
91054 Erlangen  
Tel: 09131-85-22287  
Fax: 09131-85-24745  
Mail: heidemarie.wacker@uk-erlangen.de

**Per Fax an 09131-85-22287**

#### Einsender:

*Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,  
leserlich!!*



nNGM

Nationales Netzwerk  
Genomische Medizin  
Lungenkrebs

## 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 **Nationalen Netzwerk Genomische Medizin (nNGM)** lassen wir Gewebeproben Ihres Lungentumors unter Voraussetzung Ihrer Einwilligung auf solche molekularen Marker im Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Erlangen 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 vom Universitätsklinikum Erlangen 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 Frau Wacker im Institut für Pathologie des Universitätsklinikums Erlangen wenden (Tel.: **09131-85-22287**, E-Mail: **heidemarie.wacker@uk-erlangen.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 zur weiteren molekularpathologischen Diagnostik an das Universitätsklinikum Erlangen weitergegeben wird.
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 Erlangen 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 Erlangen von der Schweigepflicht und ermächtige es 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