

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname	Anschrift geb. am
Datum	

Auftrag zur BRCA-1/-2-Mutationsanalyse

an das Ambulante Gesundheitszentrum im Institut
für Pathologie "Rudolf-Virchow-Haus"
Universitätsmedizin Berlin Campus Mitte GmbH
Charitéplatz 1 | Virchowweg 15
10117 Berlin

Versicherungsart: Kassenmitglied
 Familienmitglied
 Rentner

Anfordernder Arzt: _____

Tel. für Rückfragen: _____ Fax für Befundversand: _____

Auftrag zur molekulargenetischen Untersuchung von Tumorgewebe auf BRCA-1/-2-Mutationen

Hinweis: Die hiermit beauftragte Analyse dient ausschließlich der Untersuchung auf therapierelevante BRCA-1/-2-Mutationen im Tumorgewebe. Diese Untersuchung stellt keine Keimbahnanalytik dar, erlaubt keine Aussage zur Keimbahnsituation und erfordert daher auch keine Aufklärung nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG).

zu untersuchendes Gewebe: _____
(Eingangsnummer der Pathologie)

Der zu untersuchende Paraffinblock liegt bei
 wird separat übersandt
(bitte **Kopie der Anforderung** beilegen)
 ist bereits in der Pathologie der Charité

Ein Überweisungsschein liegt bei (die Abrechnung erfolgt extrabudgetär).

hiermit ärztlich bestätigte medizinische Daten:

gesicherte Diagnose eines rezidivierenden high-grade serösen Ovarialkarzinoms (C56),
 high-grade serösen Tubenkarzinoms (C57.0),
 high-grade serösen Peritonealkarzinoms (C48.2),

Rezidiv-Therapie: Operation
 platinhaltige zytostatische Chemotherapie
 platinsensibel platinresistent

frühere BRCA-Analyse erfolgt: ja nein

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes