

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