

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

Auftrag zur BRCA-1/-2-Mutationsanalyse

- an den Direktor des Instituts für Pathologie der
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1 | Virchowweg 15
10117 Berlin
Tel. 030 450 -536062
Fax 030 450 -536912
Rohrpost CCM: 2501

Anfordernder Arzt: _____

Tel. für Rückfragen: _____

Station / Ambulanz: _____

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

Die Kostenübernahme erfolgt

- durch die Patientin selbst (Privatpatientin oder Selbstzahlerin)
- unterschriebene **Zustimmungserklärung für Privatpatientinnen** beilegen !

Datum, Stempel, Unterschrift des Arztes

Unterschrift der Patientin

an:

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Institut für Pathologie

Prof. Dr. Ioannis Anagnostopoulos

Charitéplatz 1

10117 Berlin

Zustimmungserklärung für Privatpatientinnen

Die Patientin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

krankenversichert bei: _____

ist einverstanden, dass der mit der molekularpathologischen BRCA-Untersuchung beauftragte Pathologe/Pathologin zur Abrechnung der ärztlichen Leistung gemäß GOÄ (21x4872A mit Steigerungsfaktor 1,8 = 4.296,39 €) eine externe Abrechnungsstelle einschaltet, hier die

PVS berlin-brandenburg-hamburg GmbH & Co. KG
Invalidenstr. 92
10115 Berlin

Insoweit entbinde ich meine behandelnden ÄrztInnen zugleich von der Schweigepflicht. Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt nicht für das Ergebnis der Untersuchung.

Ort / Datum

Unterschrift der Versicherten