

Gentest für BRCA1/2

Erst-Antrag zur Vergütung in der vorgesehenen Indikation.

Kostengutsprache gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Indikation: Brust- oder Ovarialkrebs-Syndrom, Gene *BRCA1* / *BRCA2* oder Einzelmutationen

Limitatio: bei klinischem Verdacht oder zur Ermittlung der Trägerschaft sowie ärztlich verordnet nach Art. 12d Bst. f KLV

Personalien Patient(in):

Resultat wird dringend benötigt (bevorstehender chirurgischer Eingriff)

Name	Vorname	Geb.-Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	Adresszusatz	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Krankenversicherer:

Name	Versicherten-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt)	Adresszusatz
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eine eingehende Risikoberechnung und genetische Beratung wurde durchgeführt.

Angaben zur Diagnosesicherung – Evaluation zur Abschätzung einer familiären Brustkrebserkrankung:

Belastung mütterlicherseits Belastung väterlicherseits

(Zutreffendes ankreuzen)		Sonstige Erkrankungen: <input type="text"/>
1. Auftreten von Brustkrebs vor dem 50. Lebensjahr oder Eierstockkrebs (altersunabhängig)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
2. An Brustkrebs erkrankte Verwandte, (d.h. Mutter, Grossmutter, Schwestern, Kinder, Tanten oder Nichten auf der mütterlichen, resp. väterlichen Seite) vor dem 50. Lebensjahr	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3. Erkrankte Verwandte (siehe Pkt. 2) an beidseitigem Brustkrebs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
4. Erkrankte Verwandte (siehe Pkt. 2) an Eierstockkrebs (altersunabhängig)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
5. Einen männlichen Blutsverwandten mit Brustkrebs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
6. Frühes Auftreten (vor dem 30. Lebensjahr) von Malignomen bei Blutsverwandten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
7. Positiver Gentest für Malignom bei Verwandten (1. oder 2. Grades)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unbekannt	
8. Ashkenazi-jüdische Abstammung (erhöhtes Risiko des Vorliegens von <i>BRCA1</i> - und <i>BRCA2</i> -Mutationen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name des Gens (der Gene), die untersucht werden sollen:		<input type="text"/>

Wird Punkt 1 und mindestens eine weitere dieser Fragen mit Ja beantwortet, besteht Verdacht auf eine Veranlagung für familiären Brust- oder Ovarialkrebs. Eine genetische Testung zur weiteren Abklärung ist angezeigt.

Guidelines: Schweizerische Gesellschaft für medizinische Genetik und Senologie

Anfragender Arzt/Ärztin:

Name	Vorname	Tel.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse	Fax	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PLZ	Ort	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bei Spital zusätzlich Name des Spitals		Abteilung
<input type="text"/>		<input type="text"/>

Datum: _____

Stempel/Unterschrift: _____