

## Anmeldeformular zur molekulargenetischen Abklärung bei Lynch-Syndrom (*Gene: MLH1, MSH2, MSH6, PMS2*)

**Patient\*in:**

Name (inkl. Ledigname) \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht weiblich männlich  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Hausarzt \_\_\_\_\_

Klinische Angaben (bitte ankreuzen):	
• <b>Alter bei Diagnosestellung:</b>	_____
• <b>Auftreten:</b>	familiär sporadisch
• <b>Kolorektalkarzinom:</b>	nein ja, Alter bei Diagnosestellung _____ Lokalisation: _____
• <b>Extrakolonische Tumoren</b> (Endometrium, Magen, Dünndarm, Ovar, hepatobiliäres System, ableitende Harnwege, andere):	nein ja, Alter bei Diagnosestellung _____ Lokalisation: _____
Familienanamnese (s.a. Stammbaum-Formular)	
Bemerkungen:	

**Rechnungsstellung:** Erfolgt direkt an die Krankenversicherung oder das Zuweiserspital bei stationären Patienten (Kopie der Kostengutsprache benötigt). Falls eine Rechnungsstellung nur und direkt an die Patientin oder den Patienten gewünscht ist, bitte hier ankreuzen:

**Analysebeginn**    **sofort**    **nach Zustellung der Kostengutsprache\***    **zunächst nur asservieren**

**Eingesandtes Material:**    EDTA-Blut    Speichel    Hautbiopsie    Anderes  
 Bitte Entnahmegefäss mit Name und Geburtsdatum beschriftet bei Raumtemperatur gut gepolstert per A-Post zusenden (keine Voranmeldung notwendig)

**Datum der Entnahme resp. des Versands:**

**Unterschrift des auftraggebenden Arztes:**

Arzt-/Praxis-Stempel

Mit seiner Unterschrift bestätigt der/die auftraggebende Arzt/Ärztin die gesetzlich geforderte genetische Beratung durchgeführt oder veranlasst zu haben. **Für molekulargenetische Analysen wird eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten benötigt.**  
 \*Das vorgängige Einholen einer Kostengutsprache wird empfohlen.