

Gentest für *BRCA 1/2*

Kostengutsprache-Gesuch zu Händen des Vertrauensarztes

Indikation: Brust- oder Ovarialkrebs-Syndrom, Gene *BRCA1* / *BRCA 2* oder Einzelmutationen nach Art. 12d, Buchstabe f KLV.

Resultat wird dringend benötigt (bevorstehender chirurgischer Eingriff)

Personalien Patient(in):

Name: Vorname: Geb.-Dat.:

Strasse: Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Krankenversicherer:

Versicherten-Nr.:

Adresse Versicherer (VAD bzw. Vertrauensarzt) Adresszusatz:

PLZ: Ort:

Eine eingehende Risikoberechnung und genetische Beratung wurde durchgeführt am:

Angaben zur Diagnosesicherung – Evaluation zur Abschätzung einer familiären Brustkrebskrankung

Belastung mütterlicherseits Belastung väterlicherseits

- Auftreten von Brustkrebs vor dem 50. Lebensjahr oder Eierstockkrebs (altersunabhängig)?
 Ja Nein
- An Brustkrebs erkrankte Verwandte (d. h. Mutter, Grossmutter, Schwester, Kinder, Tante oder Nichte auf der mütterlichen, respektive väterlichen Seite) vor dem 50. Lebensjahr?
 Ja Nein
- Erkrankte Verwandte (siehe Frage 2.) an beidseitigem Brustkrebs?
 Ja Nein
- Erkrankte Verwandte (siehe Frage 2.) an Eierstockkrebs (altersunabhängig)?
 Ja Nein
- Einen männlichen Verwandten mit Brustkrebs?
 Ja Nein
- Frühes Auftreten (vor dem 30. Lebensjahr) von Malignomen bei Verwandten (1. oder 2. Grades)?
 Ja Nein
- Positiver Gentest für Malignom bei Verwandten 1. oder 2. Grades?
 Ja Nein unbekannt
- Ashkenazj-jüdische Abstammung (erhöhtes Risiko des Vorliegens von *BRCA1*- und *BRCA2*-Mutationen)?
 Ja Nein
- Triple negativer Brustkrebs bei Patientin oder Verwandten?
 Ja Nein

Hinweis: 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.

Fragen gemäss Guidelines: Schweizerische Gesellschaft für medizinische Genetik und Senologie

Sonstige Erkrankungen:

Name des Gens (oder der Gene), die untersucht werden sollen:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Tel.

Fax:

E-Mail:

bei Spital zusätzlich Name des Spitals:

Abteilung:

Datum:.....

Stempel/Unterschrift:.....