

Multigentest beim Mamma-Karzinom zur Durchführung beim Pathologen vor Ort

Antrag um Leistungsausrichtung aus Krankenpflege-Zusatzversicherung

Indikation: Primäres Östrogenrezeptor-positives, HER2-negatives Mammakarzinom mit bis zu drei befallenen Lymphknoten, bei dem konventionelle Faktoren keine eindeutige adjuvante Therapieentscheidung erlauben („mittlere Risikogruppe“).

Zweck: Multi-Gentest zur Bestimmung des Fernmetastasen-Risikos bei Patientinnen mit ER-positivem, HER2-negativem primären Mammakarzinom unter alleiniger adjuvanter, endokriner Therapie. Der Test dient zur Prognosebestimmung und unterstützt die Entscheidung, ob eine Patientin eine Chemotherapie benötigt oder nicht. Patientinnen mit einem niedrigen Metastaserisiko können oft auf die Chemotherapie verzichten.

Ausgangslage Kostenübernahme: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet ab dem 01.01.2015 genetische Untersuchungen von Brustkrebsgewebe (befristet bis 31.12.2017).

Personalien Patientin:

Name:	Vorname:	Geb.-Dat.:
<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:

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

Ich bestätige hiermit, dass bei der Patientin ein primäres Mammakarzinom besteht mit folgenden Voraussetzungen (Ausschlusskriterien, das heisst, alle Fragen müssen mit Ja beantwortet werden können):

- | | | | |
|------------------------------|---|-----------------------|---|
| 1. ER-positiv | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | 4. G1-3 | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2. HER2/neu-negativ | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | 5. pT1-3 | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 3. 0-3 befallene Lymphknoten | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | 6. Prä/postmenopausal | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

Sonstige Erkrankungen/therapierelevante Komorbiditäten:

Anfragender Arzt/Ärztin

Name:	Vorname:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse:	PLZ:	Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel.	Fax:	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:.....