

Anforderung molekulare Diagnostik LUNGENKARZINOM

Hinweis: Bitte nur das aktuelle Anforderungsformular
 (siehe www.ngm-cancer.com) benutzen und alle Felder deutlich ausfüllen!
 per Fax an: **0221 478 14 60207**

Ich nehme an der **Integrierten Versorgung (I.V.)** teil.* → Nr.: NGMIV _____

Ich nehme **nicht** an der **Integrierten Versorgung (I.V.)** teil.**

(Bei Interesse am Netzwerk nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf, unter Tel. 0221 478-96532)

<p>Patientenetikett (bitte hier aufkleben)</p> <p>_____</p> <p><i>Name, Vorname</i></p> <p>_____</p> <p><i>geboren am</i></p> <p>_____</p> <p><i>Straße</i></p> <p>_____</p> <p><i>PLZ/Wohnort</i></p> <p>_____</p> <p><i>Versicherungsnummer</i></p>	<p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w</p> <p>Gewicht: _____ Größe: _____</p> <p>stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/></p> <p>(zum Zeitpunkt dieser Anforderung)</p> <p>Raucherstatus:</p> <p><input type="checkbox"/> Raucher, pack years: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ex-Raucher, stopp seit: _____ Jahren pack years: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nieraucher</p>
<p>Krankenkasse</p> <p><input type="checkbox"/> GKV: _____ (bitte konkrete Angabe)</p> <p><input type="checkbox"/> PKV: _____ (bitte konkrete Angabe)</p> <p>↳ Basistarif <input type="checkbox"/> Standardtarif <input type="checkbox"/> Vollversichert <input type="checkbox"/> (bitte bei PKV <u>IMMER</u> angeben!)</p>	
<p>ECOG Performance Status</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 0 (normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 1 (Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 2 (gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 3 (nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden)</p> <p><input type="checkbox"/> ECOG 4 (völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden)</p>	
<p>Histologie</p> <p><input type="checkbox"/> Adeno-Ca. <input type="checkbox"/> Adenosquamöses-Ca. <input type="checkbox"/> Plattenepithel-Ca. <input type="checkbox"/> Kleinzelliges Karzinom</p> <p><input type="checkbox"/> CUP <input type="checkbox"/> andere (NOS): _____</p> <p style="text-align: center;">- Bitte unbedingt pathologischen Befund beifügen -</p>	

* **Einschlusskriterien Integrierte Versorgung (I.V.):** Beitritt der Klinik oder niedergelassene Praxis als Kooperationspartner des Integrierten Versorgungsvertrages, **Diagnose:** nicht operables Lungenkarzinom (nicht-kleinzelliges und kleinzelliges), Erstdiagnose oder Rezidiv. Umsetzung der Therapieziele innerhalb der med. absehbaren Überlebenszeit (Anlage 2).

** Kosten für molekular-pathologische Diagnostik werden dem Anforderer als Konsilleistungen in Rechnung gestellt (für GKV Patienten: gesamtes Untersuchungsspektrum 2.000 €).



Name, Vorname des Patienten: _____

Angaben zum Tumorstadium:

1. Erstdiagnose (ED) am: _____ ED histopathologisch gesichert: ja nein

TNM-Status bei ED T: _____ N: _____ M: _____ UICC bei ED: _____

2. Aktuelles Tumorstadium (sofern abweichend von der ED) seit: _____ (Datum)

TNM-Status aktuell T: _____ N: _____ M: _____ UICC aktuell: _____

Kurativ-operabel: ja nein

Rezidiv/ Progress: ja nein Falls ja, seit wann? _____ (Datum)

Therapie: - Bitte aktuellen Arztbrief beifügen -

Welches Tumormaterial soll untersucht werden? _____
(z.B. Datum der Entnahme, Eingangsnummer usw.)

Materialentnahme erfolgte : stationär ambulant

Tumormaterial bei: (Name des Pathologen, Praxis, Klinik, Ort)

Möchten Sie für Ihren Patienten eine Resistenztestung anfordern?

Ja Nein

Falls ja, füllen Sie zusätzlich die Seite 3 aus!

Kontakt:

Uniklinik Köln
Netzwerk Genomische Medizin
Bettenhaus Ebene 0, Raum 10
Kerpener Straße 62, 50937 Köln
Tel: 0221- 478- 98052
Fax: 0221- 478- 1460207
Mail: ngm-info@uk-koeln.de

Per Fax an 0221 478-14 60207

Einsender:

Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,
leserlich!!



Name, Vorname des Patienten: _____

Resistenztestung EGFR

1. Therapie mit einem EGFR-TKI bei bekannter EGFR-Mutation erfolgt? ja nein

Falls ja, welcher EGFR-TKI: _____ (bitte unbedingt angeben!)

2. Progress unter Therapie mit einem EGFR-TKI bei bekannter EGFR-Mutation ja nein

3. Nach Feststellung des Progresses ist eine erneute Biopsie erfolgt (Re-Biopsie)? ja nein

Falls ja, wann? _____ Re-Biopsie hat folgende interne Nummer: _____

Resistenztestung beantragen? ja nein

Nur falls 1. – 3. zutreffen, kann eine Resistenztestung erfolgen!

ALK-Inhibitor Resistenz

1. Therapie mit Crizotinib bei bekannter ALK-Translokation erfolgt? ja nein

2. Progress unter Therapie mit Crizotinib bei bekannter ALK-Translokation ja nein

3. Therapie nach Progress mit folgendem ALK-TKI:

Ceritinib Alectinib andere, welche _____ keine Therapie

4. Nach Feststellung des Progresses ist eine erneute Biopsie erfolgt (Re-Biopsie)? ja nein

Falls ja, wann? _____ Re-Biopsie hat folgende interne Nummer: _____

Resistenztestung beantragen? ja nein

Nur falls 1. - 4. zutreffen, kann eine Resistenztestung erfolgen!

Kontakt:

Uniklinik Köln
Netzwerk Genomische Medizin
Bettenhaus Ebene 0, Raum 10
Kerpener Straße 62, 50937 Köln
Tel: 0221- 478- 98052
Fax: 0221- 478- 1460207
Mail: ngm-info@uk-koeln.de

Per Fax an 0221 478-14 60207

Einsender:

*Bitte hier Stempel und Kontaktdaten,
leserlich!!*

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Teilnahmeerklärung
CIO / NGM

BARMER GEK

Vertragskennzeichen
120382AE038

Bitte schicken Sie das Original an:
BARMER GEK
Regionalgeschäftsstelle Köln
Bonner Str. 351
50667 Köln

Erklärung zur Teilnahme

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der Integrierten Versorgung (IV) mit der Uniklinik Köln nach §§ 140a ff SGB V.



Von den „Patienteninformationen zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung“ habe ich einen Durchschlag erhalten.

Über die Behandlungsinhalte und Vertragsziele wurde ich informiert.

Meine Teilnahme ist freiwillig. Sie beginnt am Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahmeerklärung wird an die BARMER GEK übersandt. Die Information, dass ich an der Integrierten Versorgung teilnehme, wird bei der BARMER GEK gespeichert.

Die Teilnahme kann ich innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung schriftlich durch Widerruf beenden. Danach kann ich meine Teilnahme jederzeit schriftlich durch Kündigung beenden.

Die Teilnahme endet automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei der BARMER GEK endet, der Vertrag beendet wird oder die nach diesem Vertrag zu erbringenden Leistungen vollständig durchgeführt wurden.

Mir ist bekannt, dass es für den Behandlungserfolg der Integrierten Versorgung erforderlich ist, dass ich die Leistungen aus diesem Vertrag nur bei Ärzten, in Krankenhäusern, Reha- Einrichtungen oder bei sonstigen Leistungserbringern in Anspruch nehme, die an dieser Versorgung teilnehmen. Mit einer Behandlung durch diese bin ich einverstanden. Andernfalls ist eine Teilnahme nicht mehr möglich. Dies gilt nicht, wenn ich in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötige.

Ich weiß, dass ich an meiner Behandlung mitwirken muss, um den angestrebten Erfolg zu erreichen. Mir ist bekannt, dass bei wiederholter oder anhaltender fehlender Mitwirkung meine Teilnahme an der Integrierten Versorgung vorzeitig durch die BARMER GEK beendet werden kann.

Die nachfolgende Widerrufsbelehrung habe ich zur Kenntnis genommen.

Widerrufsbelehrung

Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung in Textform oder zur Niederschrift bei der BARMER GEK ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER GEK.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

Nur vom Arzt auszufüllen

Ich bestätige, dass ich für den/die vorgenannte/n Versicherte/n die sich aus dem Vertrag gemäß §§ 140 a-d SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und den/die Versicherte/n bzw. den/die gesetzliche/n Vertreter/in über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der Integrierten Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel der Arztpraxis

Unterschrift

Patienteninformationen zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung (IV)

CIO

Die BARMER GEK hat mit einem Vertrag über die Integrierte Versorgung (IV) abgeschlossen.

Integrierte Versorgung bedeutet eine verbesserte Versorgung und Behandlung von BARMER GEK Versicherten. Diese soll durch eine umfassende Koordination der medizinischen Behandlung erreicht werden, wie zum Beispiel gemeinsame Therapiebesprechungen und eine allen beteiligten Ärzten zugängliche Dokumentation der Befunde und Untersuchungsergebnisse. Durch diese enge Vernetzung und Zusammenarbeit von Ärzten sollen u.a. Doppeluntersuchungen vermieden und die einzelnen Behandlungsschritte und Therapiemaßnahmen lückenlos ohne lange Wartezeiten nacheinander durchgeführt werden.

Bitte beachten Sie

Für den Behandlungserfolg dieser Integrierten Versorgung ist es erforderlich, dass Sie die Leistungen dieses Vertrags nur bei Ärzten, Krankenhäusern, Reha- Kliniken oder sonstigen Leistungserbringern in Anspruch nehmen, die an der Integrierten teilnehmen. Dies gilt nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen.

Um die Behandlung erfolgreich durchführen zu können, ist Ihre Mitwirkung notwendig. Dazu gehört beispielsweise, an allen im Vertrag vorgesehenen Untersuchungen und Behandlungen oder Therapien teilzunehmen sowie verordnete Arzneimittel einzunehmen. Auch die frühzeitige Vereinbarung von Arztterminen gehört dazu.

Bei endgültiger oder wiederholt fehlender Mitwirkung kann die BARMER GEK den Vertrag mit Ihnen vorzeitig beenden. Die Leistungen aus der Integrierten Versorgung können dann nicht mehr in Anspruch genommen werden.

Widerruf / Beendigung

Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist freiwillig. Sie ist schriftlich durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung zu erklären, die der BARMER GEK übermittelt wird. Die Information über Ihre Teilnahme wird bei der BARMER GEK gespeichert. Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterschrift der Teilnahmeerklärung. Diese Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich gegenüber der BARMER GEK erklärt werden. Die Angabe von Gründen ist nicht erforderlich. Durch den Widerruf der Teilnahmeerklärung wird Ihre Teilnahme rückwirkend beendet, Leistungen aus der Integrierten Versorgung können dann nicht mehr in Anspruch genommen werden.

Auch nach Ablauf der Widerrufsfrist können Sie Ihre Teilnahme jederzeit schriftlich durch Kündigung beenden. Ihre Teilnahme endet automatisch, sobald die Untersuchungen, Therapien oder Behandlungen abgeschlossen sind bzw. der Vertrag oder Ihr Versicherungsverhältnis bei der BARMER GEK beendet wurde.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung CIO / NGM

Vertragskennzeichen
120382AE038

Bitte schicken Sie das Original an:
BARMER GEK
Regionalgeschäftsstelle Köln
Bonner Str. 351
50667 Köln

Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung



Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Datenverarbeitung im Rahmen der Integrierten Versorgung CIO

Von den „Patienteninformationen zur datenschutzrechtlichen Einverständniserklärung“ habe ich einen Durchschlag erhalten.

Über die Erhebung und Nutzung meiner Daten wurde ich aufgeklärt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- meine Daten wie in der Patienteninformation beschrieben, erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden,
- meine für die Abrechnung notwendigen Daten an die BARMER GEK weitergegeben werden.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis zur Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung, -nutzung und -weitergabe jederzeit schriftlich widerrufen kann. Eine Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist dann nicht mehr möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

Einverständniserklärung zur Nutzung der Daten zu Zwecken der wissenschaftlichen Forschung und Begleitung

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass meine Daten zu Zwecken der wissenschaftlichen Forschung und Begleitung in anonymisierter Form unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen verarbeitet und genutzt werden. Meine Einverständniserklärung kann ich jederzeit schriftlich gegenüber der BARMER GEK widerrufen. Die Teilnahme an der Integrierten Versorgung bleibt von dem Widerruf unberührt und ist weiter möglich.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift Versicherte/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in für die Erklärung zur Teilnahme

Patienteninformationen zur datenschutzrechtlichen Einverständniserklärung im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV)

Das Wichtigste vorab: Der Datenschutz wird von der BARMER GEK und den beteiligten Partnern sehr gewissenhaft eingehalten.

1. Mit der Einverständniserklärung zu den **datenschutzrechtlichen Bestimmungen** stimmen Sie zu, dass die BARMER GEK und ihre Vertragspartner sowie teilnehmende Leistungserbringer (z.B. Ärzte, Therapeuten, medizinische Einrichtungen wie z.B. Krankenhäuser, Rehakliniken, ...) berechtigt sind, Ihre vorliegenden personenbezogenen Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum, Geschlecht) mit der Information über die Teilnahme zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Vertragspartner und teilnehmenden Leistungserbringer dürfen darüber hinaus auch die Daten über Ihre Erkrankungen einschließlich der Sie betreffenden Diagnosen, die für Ihre Behandlung im Rahmen der Integrierten Versorgung notwendig sind, erheben, speichern, verarbeiten und nutzen.

2. Um das Ziel der Integrierten Versorgung, eine verbesserte Versorgung der Patienten durch eine eng vernetzte Zusammenarbeit und eine gemeinsame Therapie – und Behandlungsabsprache aller beteiligten Ärzte, Krankenhäuser, Reha- Einrichtungen oder sonstigen Therapeuten zu erreichen, ist es notwendig, dass alle diese Beteiligten die notwendigen Behandlungsdaten und Befunde kennen. Daher übermitteln sich alle an Ihrer Behandlung beteiligten Ärzte, Krankenhäuser, Reha- Einrichtungen oder sonstige Therapeuten Ihre medizinischen Daten in verschlüsselter Form untereinander. Ebenso werden Ihre Daten in einer elektronischen Datenbank zur **gemeinsamen Dokumentation** erfasst. Die Daten daraus dürfen von den an der Behandlung beteiligten Personen oder medizinischen Einrichtungen nur für den **konkret anstehenden Behandlungsfall** im Rahmen der Integrierten Versorgung abgerufen und genutzt werden. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dabei eingehalten. Die BARMER GEK erhält keine Einsicht in die dokumentierten medizinischen Daten.

3. Damit die Ärzte, Krankenhäuser, Reha- Einrichtungen oder sonstigen Therapeuten für ihre vertragsgemäß erbrachten Leistungen die Vergütung geltend machen können, übersenden sie Ihre dazu notwendigen Daten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Diagnosen / ICD/ OPS Schlüssel, Versichertenstatus, Versichertennummer, Behandlungsdatum) an die BARMER GEK. Die Vertragspartner, die BARMER GEK, die an der Behandlung beteiligten Ärzte, Krankenhäuser, Reha- Einrichtungen oder Therapeuten sowie die Abrechnungsstelle sind dabei zur Einhaltung sämtlicher Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

4. Ihre erhobenen und gespeicherten **Daten** werden beim Ausscheiden aus der Integrierten Versorgung sofort **gelöscht**, soweit sie für die Erfüllung des Vertrages bzw. der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Andernfalls werden die erhobenen und gespeicherten Daten nur in anonymisierter Form gespeichert, d.h. Ihre Daten werden so verändert, dass ein Rückschluss von Ihren medizinischen Befunden und Daten auf Ihre Person nicht mehr möglich ist.

5. Die Vertragspartner, die behandelnden Ärzte, Krankenhäuser, Reha- Einrichtungen und Therapeuten sowie sonstige an diesem Vertrag beteiligten Kooperationspartner sind verpflichtet, während der Dauer ihrer Tätigkeit im Rahmen der Integrierten Versorgung und auch nach Beendigung dieser Tätigkeit über alle Sozialdaten der Versicherten, wie z.B. Name, Adresse und Alter, Stillschweigen zu bewahren.

6. Um das bestehende Konzept der Integrierten Versorgung auf Wirksamkeit, Effizienz und die Qualität der Behandlung und medizinischen Versorgung überprüfen zu können und gegebenenfalls weiterzuentwickeln, ist es notwendig, die erhobenen Behandlungs- und Befunddaten auszuwerten. Dies erfolgt in pseudonymisierter Form, d.h. Ihre Daten werden so verschlüsselt, dass zwischen den Daten und Ihrer Person ohne Kenntnis des Verschlüsselungscodes kein Zusammenhang hergestellt werden kann.

Die Einverständniserklärung zu der vorgenannten Datenbearbeitung kann jederzeit widerrufen werden. Eine Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist dann nicht mehr möglich.

7. In manchen Verträgen werden die Behandlungsmethoden und Ergebnisse der Integrierten Versorgung durch externe unabhängige Einrichtungen **wissenschaftlich begleitet**, bewertet und zu **Forschungszwecken ausgewertet**, z. B. durch Universitäten oder wissenschaftliche Institute. Ihre dazu benötigten Verordnungs- bzw. Diagnose- und Behandlungsdaten werden der jeweiligen Institution jedoch nur in anonymisierter Form zu Verfügung gestellt, d.h. die Institution kann keinen Bezug zwischen den Daten und Ihrer Person herstellen. Dies gilt auch dann, wenn die Ergebnisse der Bewertung veröffentlicht werden, z. B. in der Mitgliederzeitschrift der BARMER GEK. **Die Einverständniserklärung zu Punkt 7 kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden, ohne dass damit eine Beendigung der Teilnahme an der Integrierten Versorgung verbunden ist.**



PATIENTENINFORMATION und Einwilligungserklärung Molekularpathologische Diagnostik bei Lungentumoren

- Patientenaufkleber -

Patientenname: _____

Geb. Datum: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die **personalisierte Medizin** bietet die Möglichkeit einer individuellen und gezielten Tumorthherapie bei Lungenkrebspatienten. **Voraussetzung für die zielgerichtete Therapie ist der Nachweis spezifischer molekularer Marker.** Molekulare Veränderungen beim Lungenkrebs finden sich ausschließlich in den Tumorzellen und werden nicht vererbt. Sind die Ergebnisse der molekularen Testung auf diese Marker positiv, können Patienten eine moderne Therapie erhalten (häufig in Tablettenform), die hohe Ansprechraten bei besserer Verträglichkeit und weniger Nebenwirkungen als unter der normalen Chemotherapie zeigen. Im **Netzwerk Genomische Medizin (NGM)** lassen wir Gewebeproben Ihres Lungentumors unter Voraussetzung Ihrer Einwilligung auf solche molekularen Marker im Institut für Pathologie der Uniklinik Köln untersuchen. Sollte sich aus den umfassenden molekularpathologischen Untersuchungen Ihrer Gewebeprobe ein Befund ergeben, der eine therapeutische Konsequenz, ggf. Studienteilnahme für Sie haben kann, werden diese Informationen an den behandelnden Arzt kommuniziert. Weiterhin werden Ergebnisse der molekularen Analyse zu wissenschaftlichen Zwecken in Hinblick auf die Weiterentwicklung personalisierter Therapieansätze und somit stetigen Verbesserung der Patientenversorgung verwendet.

Bei Rückfragen Ihrer Krankenkasse oder im Falle eines Gutachtens des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung (MDK), werden Informationen über Ihren Krankheitsverlauf unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht an das NGM weitergegeben. Abgerechnet werden diese Untersuchungen von der Uniklinik Köln mit den einzelnen Kostenträgern:

- GKV (nach Genehmigung eines Kostenübernahmeantrags oder im Rahmen von Selektivverträgen)
- PKV (Privatliquidationsrechnung an Sie/ den Versicherten zur Weiterleitung an die PKV oder Direktabrechnung mit der PKV bei voller Kostenerstattung (Vollversicherung ohne Beihilfe etc.))
- Klinischem Partner (Leistungsanforderer)

Bei Fragen können Sie sich direkt an Ihren behandelnden Arzt oder an die Netzwerkzentrale des NGM wenden (Tel.: **0221- 478 96532**, E-Mail: **ngm-info@uk-koeln.de**).

Einwilligungserklärung zur molekularpathologischen Untersuchung

1. Hiermit erkläre ich, dass mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte der molekularpathologischen Diagnostik im NGM informiert hat. Ich stimme zu, dass mein Tumormaterial zur weiteren molekularpathologischen Diagnostik an die Uniklinik Köln weitergegeben wird.
2. Ich bin einverstanden, dass meine medizinischen und persönlichen Daten während des gesamten Behandlungszeitraums als auch posthum an das NGM weitergeleitet und vom NGM unter Einhaltung der Datenschutzrichtlinien für wissenschaftliche Zwecke verarbeitet und genutzt werden dürfen.
3. Das Einverständnis nach Ziffer 2 gilt auch im Falle eines Behandlerwechsels für den weiterbehandelnden Arzt
4. Ich ermächtige die Uniklinik Köln entsprechend §13 SGB X in meinem Namen die Kosten für die molekulare Testung bei meiner Krankenkasse geltend zu machen und z. B. im Falle einer Ablehnung, alle hierfür notwendigen Rechtsmittel einzulegen. Gleichzeitig entbinde ich die Uniklinik Köln von der Schweigepflicht und ermächtige sie gegenüber dem Kostenträger, alle Fragen im Zusammenhang mit der Rechnungslegung zugrunde liegenden Behandlungen zu beantworten, Unterlagen herauszugeben, Schriftwechsel zu führen und insoweit Auskunft zu erteilen.
5. Im Falle einer Direktabrechnung mit der PKV trete ich hiermit von meinem Erstattungsanspruch zurück.
6. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen).

Datum, Unterschrift Patient

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Patienten die oben genannte Diagnose entsprechend der gesetzlichen Grundlage (RSAV) gesichert ist. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient zur aktiven Mitwirkung bereit ist und im Hinblick auf die Therapieziele von der Diagnostik profitieren kann.

Datum, Unterschrift Arzt