P1303895-0278

Anforderung genetische Diagnostik bei V.a. familiären Brust- und Eierstockkrebs

Bitte zurücksenden an:

Universitätsklinikum Münster
Klinik für Medizinische Genetik
Domagkstr. 40
48149 Münster

Universitätsklinikum Münster
Klinik für Medizinische Genetik

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13021-13-00

Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Münster - Abteilung für Medizinische Genetik

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13021-06-00

Probeneingang: Tel. +49 251 83-55428
Fax +49 251 83-55393

Molekulargenetik: Tel. +49 251 83-55419
Zytogenetik: Tel. +49 251 83-53243

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name _____ Vorname _____

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

geb. am _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Kostenträger ► Leistungserbringer

☐ **GKV (gesetzlich versichert), Überweisungsschein Nr. 10 liegt bei[1]**
Humangenetische Leistungen belasten nicht das Laborbudget der/des anfordernden Ärzt*in

☐ **PKV (privatversichert)[2]**

☐ **Selektivvertrag[2]: ASV, IGV/FBREK, MVH**

☐ **Rechnung an Einsender[2]**

Auftrag an: [1]MVZ Abteilung, [2]Klinik für Medizinische Genetik

Einsendender Arzt (Stempel oder Druckschrift)

Name: Telefon:

Klinik:

Straße: Ort:

Materialentnahme am: _____ **Bitte prüfen ►Probe(n) korrekt beschriftet?**

Entnahme **1-4 ml EDTA-Blut** (für Molekulargenetik)

Versand Per Post (in geeigneter Probenverpackung) möglichst am Wochenanfang (Lagerung bei 4ºC möglich)

Anmeldung für folgende Leistung(en)

☐ **Therapierelevante Diagnostik**

☐ Grund: _____ Befund gewünscht bis zum: _____

☐ **Zusätzlich humangenetische Beratung erwünscht (Fast-Track)**

Erkrankung der Patientin

►Bitte aktuelle Befunde inkl. Histologie (ggf. inkl. Hormonrezeptorstatus) beilegen

☐ Brustkrebs, Kriterien für familiären Brust-/Eierstockkrebs erfüllt (bitte unten dokumentieren)

☐ Brustkrebs, triple-negativ (vor dem 60. Geburtstag = nur im Rahmen des deutschen Konsortiums für FBREK)

☐ Eierstockkrebs, serös, (vor dem 80. Geburtstag = nur im Rahmen des deutschen Konsortiums für FBREK)

☐ anderer Grund für die Analyse/Beratung: _____

Indikationskriterien für familiären Brust- und Eierstockkrebs in der Familie

(mindestens eins der folgenden Kriterien **muss in der gleichen Linie einer Familie** erfüllt sein)

☐ Mind. drei Frauen erkrankten an Brustkrebs, unabhängig vom Alter

☐ Mind. zwei Frauen, davon eine vor dem 51. Geburtstag, erkrankten an Brustkrebs

☐ Mind. zwei Frauen erkrankten an Eierstockkrebs

☐ Mind. eine Frau erkrankte an Brustkrebs und eine weitere Frau an Eierststockkrebs

☐ oder eine Frau erkrankte sowohl an Brust- als auch an Eierstockkrebs

☐ Mind. eine Frau erkrankte vor dem 36. Geburtstag an Brustkrebs

☐ Mind. eine Frau erkrankte an beidseitigem Brustkrebs, Ersterkrankung vor dem 51. Geburtstag

☐ Mind. ein Mann erkrankte an Brustkrebs und eine Frau an Brustkrebs oder Eierstockkrebs

☐ pathogene Mutation in der Familie bekannt (bitte Befund beifügen)

Wurde die Patientin oder Verwandte bereits in einem Zentrum des FBREK-Konsortiums oder einem Kooperationspartner beraten?

☐ Nein

☐ Ja – Name, Geb.-Datum, evtl. Familien-Nr.: _____

Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligung der/des Patient*in vorliegt!

►Bitte wenden

P1303895-0278

Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name _____ Vorname _____

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

geb. am _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Klinik für Medizinische Genetik (UKM)

Abteilung für Medizinische Genetik (MVZ am UKM)

Probeneingang:
Tel. +49 251 83-55428
Fax +49 251 83-55393

Das **Gendiagnostikgesetz** (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine **Aufklärung und schriftliche Einwilligung** und vor vorgeburtlichen und vorhersagenden (prädiktiven) Analysen eine genetische Beratung.

Ich wurde über die genetischen Analysen zu _____

aufgeklärt und willige in diese ein, inklusive der notwendigen Probenentnahmen (z. B. Blut, Fruchtwasser, Gewebe).

Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Bitte lesen Sie die folgenden Punkte sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:

Ich bin mit der **Weiterleitung der Analyse** bei Bedarf an ein Kooperationslabor einverstanden.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin mit der **Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse** über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden. Dann erfolgt die Aufbewahrung für maximal 30 Jahre.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin mit der **Aufbewahrung und Verwendung des Untersuchungsmaterials** zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	☐ Ja, für 10 Jahre ☐ Ja, für 30 Jahre	☐ Nein
Ich möchte eventuell Forschungsprojekte unterstützen und willige ein, dafür erneut kontaktiert zu werden.	☐ Ja	☐ Nein
Es gibt bestimmte klinische Konstellationen bei denen eine Computer-gestützte Wahrscheinlichkeitsberechnung mittels des Programms CanRisk erfolgen kann, an der sich die sich die klinischen Vorsorgemaßnahmen orientieren. Ich bin mit der Nutzung des CanRisk-Programms zur Risikoberechnung einverstanden.	☐ Ja	☐ Nein
Sollte in der o.g. Diagnostik keine krankheitsursächliche Mutation identifiziert werden, bin ich mit der Auswertung weiterer „Brustkrebsgene“ einverstanden, falls dies klinisch sinnvoll erscheint.	☐ Ja	☐ Nein

Zufallsbefunde: Bei umfassenderen genetischen Analysen können je nach Auswertungsstrategie zufällig Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im Zusammenhang mit der diagnostischen Fragestellung stehen. Die Kenntnis solcher Zufallsbefunde kann medizinisch relevant, aber auch psychologisch belastend sein. Sie kann zudem für zukünftige Lebenssituationen Konsequenzen haben (z. B. beim Abschluss von Versicherungen).

Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden wie folgt:

Medizinisch angehbare Erkrankungen: Die genetische Variante führt zum (wahrscheinlichen) Auftreten einer Erkrankung **bei Trägerin/Träger**. Die Erkrankung kann durch **Vorsorge- oder therapeutische Maßnahmen vermieden oder günstig beeinflusst werden**. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens solcher Zufallsbefunde beträgt bei indikationsbezogener Auswertung maximal 1-2 %. Das Wissen um eine solche Anlageträgerschaft hätte Bedeutung für Ihre medizinische Betreuung (oder die Ihres Kindes).	☐ Ja	☐ Nein
Medizinisch <u>nicht</u> angehbare Erkrankungen: Die genetische Variante führt zum (wahrscheinlichen) Auftreten einer Erkrankung **bei Trägerin/Träger**. Die Erkrankung kann jedoch **<u>nicht</u>** durch **Vorsorge oder therapeutische Maßnahmen vermieden oder günstig beeinflusst werden**. Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens solcher Zufallsbefunde beträgt bei indikationsbezogener Auswertung allenfalls wenige Prozent und variiert je nach diagnostischer Fragestellung. Das Wissen um eine solche Anlageträgerschaft hätte keine Bedeutung für Ihre medizinische Betreuung (oder die Ihres Kindes), könnte aber einen Einfluss auf die Lebensführung und Lebensplanung haben.	☐ Ja	☐ Nein
Überträger-Status: Die genetische Variante führt nicht zur Erkrankung bei Trägerin/Träger, kann jedoch **zum Auftreten einer Erkrankung unter den Nachkommen** (oder verwandten Personen) führen. Die Kenntnis solcher Varianten kann für die Familienplanung von Bedeutung sein. Solche Varianten trägt jeder Mensch, insbesondere solche für autosomal-rezessiv oder X-chromosomal erbliche Erkrankungen.	☐ Ja	☐ Nein

Ich kann **meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen**, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Ich habe das Recht, die Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Bis zur Mitteilung des Ergebnisses kann ich Untersuchungen jederzeit abbrechen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials (einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten) sowie aller bis dahin erhobene Ergebnisse und Befunde verlangen.

_____ _____

Ort, Datum — Unterschrift der Patientin / des Patienten / der (gesetzlichen) Vertretung

_____ _____

Ort, Datum — Unterschrift der/des verantwortlichen Ärzt*in

P1303895-0278

Entbindung von der Schweigepflicht

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name _____ Vorname _____

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers

geb. am _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Klinik für Medizinische Genetik (UKM)

Abteilung für Medizinische Genetik (MVZ am UKM)

Probeneingang:
Tel. +49 251 83-55428
Fax +49 251 83-55393

UKM Universitätsklinikum Münster

Entbindung von der Schweigepflicht über die Ergebnisse genetischer Untersuchungen und genetischer Beratungen im Hinblick auf erblichen Brust-/Eierstockkrebs

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die unten genannten Personen das Ergebnis der an meiner Blutprobe durchgeführten genetischen Untersuchung auf Veränderungen in den Brustkrebsgenen sowie die den beteiligten Ärzten mitgeteilten Informationen zu Krebserkrankungen in meiner Familie im Rahmen einer genetischen Beratung erfahren dürfen. Dies geschieht ausschließlich, um das Krebserkrankungsrisiko meiner Verwandten einzuschätzen und nur dann, wenn ohne diese Informationen der Befund für meine Verwandten nicht sinnvoll interpretiert werden kann. Daher **entbinde** ich die Mitarbeiter der Tumorrisiko-Sprechstunde und der Klinik für Medizinische Genetik am Universitätsklinikum Münster sowie der anderen Zentren des Deutschen Konsortiums für erblichen Brust- und Eierstockkrebs **von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Verwandten/Personen** (Bitte 1. oder 2. ankreuzen):

1. ☐ **gegenüber allen Verwandten 1. bis 3. Grades** (Verwandte 1. Grades sind Kinder, Eltern, Geschwister und Halbgeschwister; Verwandte 2. Grades sind Großeltern, Enkelkinder, Nichten, Neffen, Tanten und Onkel; Verwandte 3. Grades sind Cousinen und Cousins)

2. ☐ **nur gegenüber folgenden Personen** (weitere Personen können auf der Rückseite aufgeführt werden)**:**

Name	Vorname	Geb.-Datum
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Name und Geburtsdatum der/des Ratsuchenden:

_____

Ort/Datum Unterschrift