

Auftrag molekulargenetischer Diagnostik bei V.a. familiären Brust- und Eierstockkrebs

Bitte per Fax an

Universitätsklinikum Münster
Klinik für Medizinische Genetik
Vesaliusweg 12-14
48149 Münster

Medizinisches Versorgungszentrum am
Universitätsklinikum Münster - MVZ
Abteilung für Medizinische Genetik



Genetische Beratung: Tel. +49 251 83-53208

Fax +49 251 83-55393

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name _____ Vorname _____
_____ weiblich männlich
geb. am _____
Straße _____
PLZ _____ Ort _____

_____ Tel.-Nr. Festnetz (tagsüber)
_____ Tel.-Nr. Mobil (tagsüber)
_____ Krankenkasse

Angaben zur Analyse

- therapierelevante Analyse, bitte Grund angeben: _____
 Ergebnis muss vorliegen bis: _____

Erkrankung der Patientin

- 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 Eierstockkrebs
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 beraten?

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

Verantwortlicher Arzt (Stempel oder Druckschrift)

Name: _____ Klinik: _____
Straße: _____ Telefon: _____
Ort: _____

Ort, Datum _____ Unterschrift des verantwortlichen Arztes _____

Bitte diesen Anmeldebogen zusammen mit Arztbriefen und Histologiebefunden (ggf. inkl. Hormonrezeptorstatus) an die Fax-Nr.: +49 251 83-55393 faxen. Falls ein Beratungstermin gewünscht wurde (s.o.), teilen wir Ihrer Patientin diesen nach Erhalt aller o.g. Unterlagen umgehend mit.

Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) bei V.a. fam. Brust- und Eierstockkrebs

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name _____ Vorname _____
 geb. am _____ weiblich männlich
 Straße _____
 PLZ _____ Ort _____

**Medizinisches
Versorgungszentrum am
Universitätsklinikum
Münster - MVZ**



**Abteilung für
Medizinische Genetik**



**Materialannahme:
Tel. +49 251 83-53208**

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

Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten und verstanden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass entnommenes Blut/Gewebe von mir hinsichtlich Veränderungen in Genen untersucht wird, die in Zusammenhang mit familiärem Brust- und Eierstockkrebs stehen.

Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

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

Sollte in der o.g. Diagnostik keine krankheitsursächliche Mutation identifiziert werden, bin ich mit der Auswertung weiterer „Brustkrebsgene“ einverstanden, falls dies klinisch sinnvoll erscheint.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird. Dazu überlasse ich das Untersuchungsmaterial der Klinik für Medizinische Genetik des UK Münster.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über klinisch bedeutsame Ergebnisse informiert werden. Hierzu werde ich Adressenänderungen mitteilen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nicht in allen Familien mit klinischem Verdacht auf eine erbliche Form von Brust- oder Eierstockkrebs wird eine krankheits-assoziierte Genveränderung nachgewiesen. In diesem Fall kann eine Computer-gestützte Wahrscheinlichkeitsberechnung mittels des Programms Boadicea (v5) erfolgen, an der sich die Früherkennungsempfehlung orientiert. Ich bin mit der Nutzung des Boadicea-Programms zur Risikoberechnung einverstanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich **meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann**, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Sollten die oben genannten Fragen unbeantwortet bleiben, wird mit der Unterschrift die Einwilligung des Patienten / der Patientin angenommen.

Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift des verantwortlichen Arztes

Entbindung von der Schweigepflicht

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name	Vorname	
geb. am	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Straße		
PLZ	Ort	

Medizinisches
Versorgungszentrum am
Universitätsklinikum
Münster - MVZ



Abteilung für Medizinische Genetik

Genetische Beratung:
Tel. +49 251 83-53208

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

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):

- 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)
- nur gegenüber folgenden Personen** (weitere Personen können auf der Rückseite aufgeführt werden):

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

Name und Geburtsdatum der/des Ratsuchenden:

Ort/Datum

Unterschrift

Checkliste zur Erfassung einer familiären Belastung für Brust- und Eierstockkrebs (incl. DCIS & Borderline)

Name der/s Patientin/Patienten:		Geburtsdatum:		
A. Patientin, Patient, Geschwister, Kinder		Anzahl (bitte ankreuzen)	Gewich- tung	Er- gebnis
Auftreten bei Patientin/Patient				
eines Mammakarzinoms bei der Patientin vor dem 36. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	
eines triple-negativen Mammakarzinoms bei der Patientin vor dem 50. Geburtstag*	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	
eines unilateralen Mammakarzinoms bei der Patientin vor dem 51. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
eines bilateralen Mammakarzinoms bei der Patientin, das erste vor dem 51. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	
eines uni- oder bilateralen Mammakarzinoms bei der Patientin nach dem 51. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	
eines Mammakarzinoms bei einem Patienten (männlich)	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
eines Ovarialkarzinoms bei der Patientin vor dem 80. Geburtstag*	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	
eines Ovarial-/Tubenkarzinoms oder eines primären Peritonealkarzinoms bei der Patientin	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
Auftreten bei Kindern, Geschwistern und deren Kindern				
eines Mammakarzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten vor dem 36. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	
eines unilateralen Mammakarzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten vor dem 51. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
eines bilat. Mammakarzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten, das erste vor dem 51. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	
eines uni- oder bilat. Mammakarzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten nach dem 51. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	
eines Mammakarzinoms bei Brüdern/Söhnen/Neffen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
eines Ovarial-/Tubenkarzinoms oder eines primären Peritonealkarzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
Summe Patientin/Patient und deren Geschwister/Kinder				A <input type="text"/>
B. Mütterliche Linie (incl. Mutter)		Anzahl (bitte ankreuzen)	Gewich- tung	Er- gebnis
Auftreten				
eines Mammakarzinoms bei einer Angehörigen vor dem 36. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	
eines unilateralen Mammakarzinoms bei einer Angehörigen vor dem 51. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
eines bilateralen Mammakarzinoms bei einer Angehörigen, das erste vor dem 51. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	
eines uni- oder bilateralen Mammakarzinoms bei einer Angehörigen nach dem 51. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	
eines Mammakarzinoms bei einem angehörigen Mann	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
eines Ovarial-/Tubenkarzinoms oder eines primären Peritonealkarzinoms bei einer Angehörigen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
Summe mütterliche Linie				B <input type="text"/>
C. Väterliche Linie (incl. Vater)		Anzahl (bitte ankreuzen)	Gewich- tung	Er- gebnis
Auftreten				
eines Mammakarzinoms bei einer Angehörigen vor dem 36. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	
eines unilateralen Mammakarzinoms bei einer Angehörigen vor dem 51. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
eines bilateralen Mammakarzinoms bei einer Angehörigen, das erste vor dem 51. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	
eines uni- oder bilateralen Mammakarzinoms bei einer Angehörigen nach dem 51. Geburtstag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	
eines Mammakarzinoms bei einem angehörigen Mann	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
eines Ovarial-/Tubenkarzinoms oder eines primären Peritonealkarzinoms bei einer Angehörigen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	
Summe väterliche Linie				C <input type="text"/>
D. Der höhere Wert aus B und C				D <input type="text"/>
E. Summe aus A und D = Risiko-Score (erbliche Belastung ab Score von 3)				A+D <input type="text"/>