



Anmeldung Fast Track-Analyse bei V.a. familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK)

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 83-55424

Fax: +49 251 83-55393

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

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

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

Anmeldung für folgende Leistung(en)

- ☐ nur molekulargenetische Analyse
☐ molekulargenetische Analyse und humangenetische Beratung

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.

P1280268-5213

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

Patientendaten

Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Münster - MVZ

Abteilung für Medizinische Genetik

**Materialannahme:
Tel. +49 251 83-55424**



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“ hinsichtlich krankheitsursächlicher oder wahrscheinlich krankheitsursächlicher Sequenzveränderungen (Klasse 4 und 5) einverstanden, falls dies klinisch sinnvoll erscheint.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	☐ Ja	☐ 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 Abteilung für Medizinische Genetik des UK Münster.	☐ Ja	☐ Nein
Ich möchte über klinisch bedeutsame Ergebnisse informiert werden. Hierzu werde ich Adressenänderungen mitteilen.	☐ Ja	☐ 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	☐ Ja	☐ 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