

Einsender/in

verantwortliche/r Ärztin/Arzt (Stempel):

Patient/in

weiblich  männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl

Ort

Kostenträger/in

gesetzlich versichert (Überweisungsschein Muster 10)  privat versichert  Rechnung an Klinik  Selbstzahler/in (IGeL)

Indikation

Die Indikationsstellung und die Voruntersuchungen sind Grundlage für die molekulargenetische Untersuchung. Bitte beachten Sie unbedingt die Rückseite!

**Aufklärung über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der genetischen Untersuchung**

Über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung (ggf. in einem externen Speziallabor)

wurde ich hinreichend informiert und aufgeklärt.

- Die gewonnene Probe wird grundsätzlich nach Abschluss der Diagnostik vernichtet (Gendiagnostikgesetz §13).
- Die Ergebnisse sollen über die 10-Jahresfrist hinaus aufbewahrt werden.
- Bei Bedarf dürfen diese Ergebnisse meiner Untersuchung für die Beratung und Untersuchung meiner Verwandten genutzt werden.

Frau/Herr Dr. \_\_\_\_\_

hat meine Fragen ausführlich beantwortet, ich habe keine weiteren Fragen.

Über die Ergebnisse sollen folgende Personen einen schriftlichen Befund erhalten:

ich selbst  Ja  Nein

behandelnde Ärzte:

**Einwilligung der Patientin/des Patienten**

Ich hatte nach der Aufklärung eine angemessene Bedenkzeit.

Ich willige in die oben genannten Untersuchungen ein.

Über den Umfang der genetischen Untersuchung bin ich unterrichtet und stimme zu.

Ja  Nein

Bei genetischen Untersuchungen (z.B. Exom) können Merkmale gefunden werden, die nicht mit der ursprünglichen Fragestellung verbunden sind, aber für Prophylaxe oder Therapie relevant sein können. Solche Zusatzbefunde sollen mitgeteilt werden.

Ja  Nein

Aufbewahrung des Materials für die Qualitätssicherung bzw. für neue Diagnosemöglichkeiten

Ja  Nein

Bei unauffälligen Befunden verzichte ich auf eine erneute genetische Beratung.

Ja  Nein

Für Auswertungen und wissenschaftliche Veröffentlichungen können Material und Ergebnisse in anonymer Form genutzt werden.

Ja  Nein

Ich habe das Recht diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Ich habe keine weiteren Fragen.

Ja  Nein

Ich verzichte auf eine Kopie dieser Einwilligungserklärung.

Ja  Nein

Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten/des gesetzlichen Vertreters 	Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt 
-------	--	--



**Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH**

Priv.-Doz. Dr. med. Moneef Shoukier  
Dr. med. univ. Niklas Hirschberger  
Dr. med. Cornelia Daumer-Haas  
Daniela Liebrecht  
Dr. med. Katja Gahle

Prof. Dr. med. Barbara Schiessl  
Dr. med. Anne Janke  
Dr. med. Anna Funk  
Dr. med. Daniela Bayer

**Friends Tower I**

Friedenheimer Brücke 19  
80639 München  
Pränataldiagnostik  
T: +49 89 130744-0 Fax-99  
info@praenatal-medizin.de

**Aiblingerstraße 8**

80639 München  
Molekulare Genetik  
T: +49 89 130744-22  
Zytogenetik  
T: +49 89 130744-55

**Lochhamer Straße 15**

Martinsried  
82152 Planegg  
NIPT  
T: +49 89 23237356-550  
F: +49 89 23237356-90

**Humangenetik in Augsburg**

Viktoriastraße 3b  
86150 Augsburg  
T: +49 821 7898-5042  
F: +49 821 7898-5001  
info@humangenetik-in-augsburg.de

Geschäftsführer: Dr. Florian Vogel, Marcus Cholewa (Sprecher der Geschäftsführung), HRB 253626, Amtsgericht München  
\* Die Akkreditierung bezieht sich auf die Standorte München und Planegg

**Auftrag zur molekulargenetischen Untersuchung**

- V.a. hereditären (erblichen) Brust- und Eierstockkrebs (HBOC)
- V.a. hereditäres Pankreas- und Prostatakarzinom
- V.a. hereditäres Tumorsyndrom

**Patient/in**

- weiblich  männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

**Art der Probe:**

- EDTA-Blut Datum der Blutentnahme:
- In Paraffin eingebettetes Gewebe
- Wangenschleimhaut
- anderes Gewebe:

**Angeforderte molekulargenetische Untersuchung:**

- BRCA1/BRCA2*
- CHEK2*
- RAD51C*
- Multi-Gen-Panel-Analyse\*\*

Für die molekulargenetische Diagnostik bei erblichem Brust- und Eierstockkrebs (HBOC) gilt die Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik (§135 Abs. 2 SGBV, seit dem 1.7.2015, für GKVersicherte). Die genetische Untersuchung durch das Labor darf erst erfolgen, wenn die Indikationsstellung geprüft und beurteilt werden kann. Dafür sind vollständige Angaben erforderlich:

**A Wenn Sie eine komplette Untersuchung (HBOC, Multi-Gen-Panel-Analyse) veranlassen wollen, muss mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:**

- Mindestens drei Frauen aus der gleichen Linie einer Familie\* erkrankten an Brustkrebs, unabhängig vom Alter.
- Mindestens zwei Frauen, davon eine jünger als 50 Jahre, aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Brustkrebs.
- Mindestens zwei Frauen aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Eierstockkrebs.
- Mindestens eine Frau erkrankte an Brustkrebs und eine weitere Frau an Eierstockkrebs oder eine Frau erkrankte an Brust- und Eierstockkrebs.
- Mindestens eine Frau, jünger als 36 Jahre, erkrankte an Brustkrebs.
- Mindestens eine Frau erkrankte an bilateralem Brustkrebs, wobei die Ersterkrankung vor dem 50. Lebensjahr stattfand.
- Mindestens ein Mann erkrankte an Brustkrebs und eine Frau an Brustkrebs- oder Eierstockkrebs aus der gleichen Linie der Familie.

**B Wenn Sie eine Untersuchung auf eine bereits in der Familie bekannte Varianten im *BRCA1*-Gen, *BRCA2*-Gen oder anderen Brustkrebsgenen veranlassen (Indexpatient in der Familie), ist die Angabe folgender Informationen erforderlich:**

- Welche familiäre *BRCA1/2*-Varianten liegt vor? (Bitte legen Sie eine Kopie des Befundes bei.)
- Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Patient/in

**C Klärung der Therapieoptionen mit PARP-Inhibitoren bei:**

- Fortgeschrittenem high-grade epitheliale Ovarialkarzinom (FIGO-Stadium III u. IV), Eileiterkarzinom oder primärem Peritonealkarzinom
  - mit vollständigem oder teilweisem Ansprechen auf eine platinbasierte Chemotherapie in der Erstlinienbehandlung
  - in der Rezidivsituation
  - mit positivem Status der homologen Rekombinations-Defizienz (HRD)
- Mammakarzinom (HER2-negativ mit hohem Rezidivrisiko und vorangegangener (neo-) adjuvanter Chemotherapie)
- Mammakarzinom (HER2-negativ, lokal fortgeschritten oder metastasiert)
- Adenokarzinom des Pankreas (metastasiert, nach platinhaltiger Erstlinien-Chemotherapie)
- Prostatakarzinom (metastasiert, kastrationsresistent)

\* Verwandte ersten und zweiten Grades, mütterlicher- und väterlicherseits

\*\* für die untersuchten Gene verweisen wir auf die aktuelle Homepage: <https://de.praenatal-medizin.de/diagnostik/genetik/ngs-panel-diagnostik/>