

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

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
	X	X



Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH

Priv.-Doz. Dr. med. Moneef Shoukier
Dr. med. Cornelia Daumer-Haas
Daniela Liebrecht
Dr. med. Franziska Reschke
Dr. med. Dennis Witt M.Sc., B.Sc.

Dr. med. Anne Janke
Dr. med. Daniela Bayer
Priv.-Doz. Dr. med. Julia Jückstock
Dr. med. Armin Hauer

praenatalmedizin@ctde.eurofinseu.com
www.eurofins-clinical.de/humangenetik
www.eurofins-clinical.de/praenatal-medin

Friends Tower I

Friedenheimer Brücke 19
80639 München
Humangenetik und
Pränatal-Medizin
T: +49 89 130744-0
F: +49 89 130744-99

Aiblingerstraße 8

80639 München
Humangenetik und
Pränatal-Medizin

Lochhamer Straße 15

82152 Planegg
NIPT T: +49 89 23237356-550 / F: -90
Molekulare Genetik T: +49 89 130744-22
Zytogenetik T: +49 89 130744-55
Probeneinsendung

Humangenetik in Augsburg

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

Art der Probe:

☐ Fast-Track / eilig

☐ EDTA-Blut

Datum der Blutentnahme:

☐ Wangenschleimhaut

☐ DNA

Patient/in

☐ weiblich

☐ männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Angeforderte molekulargenetische Untersuchung:

☐ Hereditärer Brust- und Eierstockkrebs (HBOC) ^A

☐ ohne Lynch/MMR-Gene

☐ Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC; Lynch-Syndrom) ^B

☐ nur *MLH1/PMS2* oder *MSH2/MSH6/EPCAM* (sofern eine MSI/Expressionsverlust im Tumor vorliegt; Befundkopie beilegen)

☐ *BRCA1* und *BRCA2* (Zur Abklärung einer Therapieoption mit PARP-Inhibitoren) ^C

☐ Endometriumkarzinom

☐ Exostose

☐ Fanconi-Anämie

☐ Gastrointestinale Stromatumore (GIST)

☐ Gorlin-Goltz-Syndrom

☐ Gynäkologische Sarkome

☐ Kolorektales Karzinom

☐ Magenkarzinom

☐ Melanom

☐ Multiple Endokrine Neoplasie

☐ Nierenkarzinom

☐ Neurofibromatose / Schwannomatose

☐ Paragangliom-Phäochromozytom-Syndrom

☐ Pankreaskarzinom

☐ Polyposis-Syndrom

☐ Prostatakarzinom

☐ Rhabdoide Tumore

☐ Schilddrüsenkarzinom

☐ Tumore des zentralen Nervensystems

☐ Tuberöse Sklerose

☐ Umfassendes Tumorprädispositionssyndrom

☐ Xeroderma Pigmentosum

☐ Abklärung einer familiären Veränderung (Variante und betroffene Familienmitglieder angeben sowie Befundkopie beilegen):

☐ Custom-Gen-Panel (Gene angeben):

Für die molekulargenetische Diagnostik bei erblichem Brust- und Eierstockkrebs (HBOC) und nicht-polypossem Darmkrebs (HNPCC) gilt für die GKV die Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik (§135 Abs. 2 SGBV). Für die Indikationsstellung können ggf. auch die aktuellen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) mit herangezogen werden. Die genetische Untersuchung durch das Labor darf erst erfolgen, wenn die Indikationsstellung geprüft und beurteilt werden kann. Dafür sind vollständige Angaben erforderlich. Bei abweichenden Kriterien können Sie gerne nochmal mit uns Rücksprache halten.

A Wenn Sie eine HBOC-Diagnostik 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 aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Brustkrebs, eine davon vor dem 51. Geburtstag.
- ☐ Mindestens zwei Frauen aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Eierstockkrebs.
- ☐ Mindestens eine Frau erkrankte an Brustkrebs und eine weitere Frau an Eierstockkrebs.
- ☐ Mindestens eine Frau erkrankte an Brust- und Eierstockkrebs.
- ☐ Mindestens eine Frau erkrankte an Brustkrebs vor dem 36. Geburtstag.
- ☐ Mindestens eine Frau erkrankte an bilateralem Brustkrebs, wobei die Ersterkrankung vor dem 51. Geburtstag stattfand.
- ☐ Mindestens ein Mann erkrankte an Brustkrebs.
- ☐ Mindestens eine Frau erkrankte an triple-negativen Brustkrebs vor dem 60. Geburtstag.
- ☐ Mindestens eine Frau erkrankte an Eierstockkrebs vor dem 80. Geburtstag.

B Wenn Sie eine HNPCC-Diagnostik veranlassen wollen, muss eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- ☐ Im Tumorgewebe Mikrosatelliteninstabilität und/oder Immunhistochemische Expressionsminderung mind. eines der Gene *MLH1*, *PMS2*, *MSH2* oder *MSH6* um > 50 % (*MLH1*-Promotormethylierung und/oder *BRAF V600E* Veränderung bereits ausgeschlossen)
- ☐ Amsterdam II-Kriterien:
 - Ausschluss einer FAP
 - Mindestens drei Familienangehörige erkrankten an einem HNPCC-assoziierten Karzinom (einer davon mit den beiden anderen erstgradig verwandt)
 - Erkrankungen in mindestens zwei aufeinander folgenden Generationen
 - mindestens ein Patient mit Diagnosestellung vor dem 50. Lebensjahr

C Wenn Sie eine Untersuchung zur Klärung der Therapieoptionen mit PARP-Inhibitoren veranlassen wollen, muss eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:

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

* Für die untersuchten Gene sowie für weitere Einzelgenuntersuchungen verweisen wir auf die aktuelle Homepage: <https://eurofins-clinical.de/leistungsverzeichnis-humangenetik/onkogenetik>

** Für die Erfüllung der Kriterien werden Indexpatient sowie Verwandte ersten und zweiten Grades berücksichtigt