

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 
-------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------



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

Priv.-Doz. Dr. med. Moneef Shoukier  
Dr. med. Cornelia Daumer-Haas  
Daniela Liebrecht  
Dr. med. Franziska Reschke  
Priv.-Doz. Dr. Shoko Komatsuzaki

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

**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

praenatalmedizin@ctde.eurofinseu.com  
www.eurofins-clinical.de/humangenetik  
www.eurofins-clinical.de/pranatal-medizin

Geschäftsführer: Dr. Florian Vogel, Maja Herberg, HRB 253626, Amtsgericht München  
\* Die Akkreditierung bezieht sich auf den Laborstandort Planegg

Art der Probe:

Fast-Track / eilig

EDTA-Blut

Datum der Blutentnahme:

Wangenschleimhaut

DNA

Patient/in

weiblich  männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Angeforderte molekulargenetische Untersuchung:

- |                                                                                                                                                        |                                                                |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hereditärer Brust- und Eierstockkrebs (HBOC) <sup>A</sup>                                                                     | <input type="checkbox"/> Endometriumkarzinom                   | <input type="checkbox"/> Neurofibromatose / Schwannomatose       |
| <input type="checkbox"/> ohne Lynch/MMR-Gene                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Exostose                              | <input type="checkbox"/> Paragangliom-Phäochromozytom-Syndrom    |
| <input type="checkbox"/> Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC; Lynch-Syndrom) <sup>B</sup>                                           | <input type="checkbox"/> Fanconi-Anämie                        | <input type="checkbox"/> Pankreaskarzinom                        |
| <input type="checkbox"/> nur <i>MLH1/PMS2</i> oder <i>MSH2/MSH6/EPCAM</i> (sofern eine MSI/Expressionsverlust im Tumor vorliegt; Befundkopie beilegen) | <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Stromatumore (GIST) | <input type="checkbox"/> Polyposis-Syndrom                       |
| <input type="checkbox"/> <i>BRCA1</i> und <i>BRCA2</i> (Zur Abklärung einer Therapieoption mit PARP-Inhibitoren) <sup>C</sup>                          | <input type="checkbox"/> Gorlin-Goltz-Syndrom                  | <input type="checkbox"/> Prostatakarzinom                        |
|                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Gynäkologische Sarkome                | <input type="checkbox"/> Rhabdoide Tumore                        |
|                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Kolorektales Karzinom                 | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenkarzinom                    |
|                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Magenkarzinom                         | <input type="checkbox"/> Tumore des zentralen Nervensystems      |
|                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Melanom                               | <input type="checkbox"/> Tuberoöse Sklerose                      |
|                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Multiple Endokrine Neoplasie          | <input type="checkbox"/> Umfassendes Tumorprädispositionssyndrom |
|                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Nierenkarzinom                        | <input type="checkbox"/> 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-plypösem 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