

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. Ja Nein

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

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
	X	X



Eurofins Humangenetik und Pränatal-Medizin MVZ GmbH
 Priv.-Doz. Dr. med. Moneef Shoukier
 Dr. med. Cornelia Daumer-Haas
 Daniela Liebrecht
 Dr. med. Katja Gahle
 Dr. med. Franziska Reschke

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

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, Roel de Nobel (Sprecher der Geschäftsführung), HRB 253626, Amtsgericht München
 * Die Akkreditierung bezieht sich auf die Standorte München und Planegg

Auftrag zur molekulargenetischen Untersuchung
 der HNPCC-Gene MLH1, MSH2, MSH6, PMS2
 V. a. erblicher Darmkrebs ohne Polyposis (HNPCC)

Patient/in weiblich männlich

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Verwandtschaftsverhältnis:

Indexpatient/in:

Verwandte/r von:

Verwandtschaftsverhältnis:

Ethnische Herkunft:

Geschlecht: weiblich männlich

Art der Probe:

EDTA-Blut Datum der Blutentnahme:

Wer ist erkrankt?

- Der o. g. Patient (w/m) ist selbst an Darmkrebs oder einem HNPCC-assoziierten Karzinom erkrankt.
- Der o. g. Patient (w/m) ist selbst gesund, aufgrund einer auffälligen Familienanamnese besteht jedoch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Darmkrebs oder eines Tumors aus dem HNPCC-Spektrum im Verlauf.

Für die direkte Analyse der HNPCC-Gene gilt die Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik nach § 135 Abs. 2 SGB V (seit dem 1. 7. 2015, für gesetzlich versicherte Patienten). Die genetische Untersuchung durch das Labor darf erst erfolgen, wenn die Indikationsstellung geprüft und beurteilt werden kann. Dafür sind vollständige Angaben erforderlich:

A Tumormaterial liegt vor.

Tumormaterial des o. g. Patienten (w/m) oder eines betroffenen Familienmitgliedes liegt vor.

Verwandtschaftsgrad:

Voruntersuchungen an dem Tumormaterial sind bereits entsprechend den EBM-Anforderungen erfolgt und ergaben folgende Ergebnisse:

- Mikrosatelliteninstabilität liegt vor.
- Immunhistochemie auffällig mit Ausfall/Expressionsminderung von MLH1 PMS2 MSH2 MSH6 EPCAM

B Tumormaterial liegt nicht mehr vor.

Tumormaterial des o. g. Patienten (w/m) oder eines betroffenen Familienmitgliedes liegt nicht mehr vor. Eine Untersuchung der Mikrosatelliteninstabilität oder Immunhistochemie an Tumormaterial war nach unserer Kenntnis nicht erfolgt. Es besteht jedoch ein hohes Risiko für ein HNPCC. In der Familie sind die **Amsterdam II**-Kriterien gegeben. Alle der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

- Vorangegangener Ausschluss einer Familiären adenoma tösen Polyposis (FAP)
- Mindestens drei Familienangehörige erkrankten an einem HNPCC-assoziierten Karzinom, wovon einer Verwandter ersten Grades der beiden anderen ist.
- Erkrankungen in mindestens zwei aufeinander folgenden Generationen.
- Mindestens ein Patient mit der Diagnose eines Karzinoms ist jünger als 50 Jahre. Aufgrund der bekannten Daten ist für den o. g. Patienten (w/m) von einer Wahrscheinlichkeit für eine Anlageträgerschaft von etwa % und von einem Lebenszeitrisko für einen (weiteren) Erkrankungseintritt von etwa % auszugehen.

C Bereits erfolgte genetische Untersuchungen der Keimbahn-Mutationen in der Familie

Gen:

Mutation:

Verwandtschaftsgrad: