

Patientenetikett

Patienten-Telefon-Nr.. Festnetz

Patienten-Telefon-Nr. Mobil

## BRCA – assoziierte Erkrankungen *BRCA1/BRCA2* | INDIKATIONEN

### Mamma- und Ovarialkarzinom

- Brustkrebs, Kriterien für erbl. Brust-/Eierstockkrebs erfüllt \*

\*Nach den S3-Leitlinien HBOC:

mind. 3 Frauen in einer Erblinie mit Brustkrebs (BC)  
mind. 2 Frauen mit Brustkrebs, 1 davon jünger als 50 Jahre  
mind. 1 Frau mit Brustkrebs und 1 Frau mit Ovarial-Ca  
mind. 2 Frauen mit Ovarial-Ca  
mind. 1 Frau mit Brustkrebs und Ovarial-Ca  
mind. 1 Frau mit Brustkrebs vor dem 36. Lebensjahr  
mind. 1 Frau mit bilateralem Brustkrebs, jünger als 50 Jahre  
mind. 1 Mann mit BC und 1 Frau mit BC und/oder Ovarial-Ca

- Brustkrebs, Triple negatives Carcinom  
 Brustkrebs, metastasiert  
 Eierstockkrebs, platinsensibel, serös, G3  
 Mutation im Tumormaterial nachgewiesen (s. Histobefund)  
 zusätzliches Genpanel:  
*ATM, BRIP1, CDH1, CHEK2, NBN, PALB2, PTEN, RAD51C, RAD51D, TP53*

### Pankreaskarzinom

- nach 16wöchiger platinhaltiger Behandlung in der Erstlinien-Chemotherapie nicht progredientes, metastasiertes Adenokarzinom des Pankreas | Indikationsstellung Olaparib

### Prostatakarzinom

- metastasiert, kastrationsresistent | Indikationsstellung Olaparib

### Ovarialkarzinom

- platin sensitiv, fortgeschritten oder rezidiert oder progressiv high-grade epithelial | Indikationsstellung Olaparib  
Indikationskriterien für Analyse nach EBM 11440 nicht erfüllt (siehe \*)

### Eileiterkarzinom

- platin sensitiv, fortgeschritten oder rezidiert oder progressiv high-grade epithelial | Indikationsstellung Olaparib

### Peritonealkarzinom, primäres

- platin sensitiv, fortgeschritten oder rezidiert oder progressiv high-grade epithelial | Indikationsstellung Olaparib

### Priorität der Analyse

- ggf. Anpassung der onkologischen Therapie  
 ggf. Konsequenzen hinsichtlich der geplanten Operation  
 EILT: \_\_\_\_\_

### Probenentnahme

- EDTA-Probe (5-10 ml)

Datum & Uhrzeit: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kostenträger

- ASV (GIT / gynäkologische Tumore UKA)  gesetzlich versichert (Laborüberweisungsschein)  
 privat versichert, ambulant  privat versichert, stationär  
 Kostenvoranschlag gewünscht  interne Abrechnung über Klinik

### Wurde die Patientin / der Patient oder Anverwandte bereits humangenetisch beraten?

- nein  ja: (bei Anverwandten) Name, Vorname, Geb. Datum: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Einsender

Arztname, ggf. Station (**Druckschrift**)

Telefon

Fax

### Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz

**Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) bin ich mit den genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung bzw. zur Klärung der o.g. klinischen Fragestellung einverstanden.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blut- bzw. Gewebeentnahme.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten und die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet und ausgewertet werden und ggf. in anonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden. (Nähere Informationen zum Datenschutz/EU-DSGVO unter [www.humangenetik.ukaachen.de](http://www.humangenetik.ukaachen.de))

Nach Vorgaben des GenDG muss das Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Analyse vernichtet werden. Es ist aber sinnvoll, verbleibendes Untersuchungsmaterial für verschiedene Zwecke aufzubewahren. Hiermit überlasse ich dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat, nicht mehr benötigtes Untersuchungsmaterial für Qualitätssicherungen, zum Zwecke der Lehre oder für wissenschaftliche **Fragestellungen**. Das GenDG sieht vor, dass die Ergebnisse der Untersuchungen nach 10 Jahren vernichtet werden sollen. Das hat zur Folge, dass wichtige Informationen über den 10-Jahres-Zeitraum hinaus nicht mehr zur Verfügung stehen. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form auch über den Zeitraum von 10 Jahren gespeichert und ggf. in verschlüsselter Form (sog. pseudonymisierter) für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden. (**Nichtzutreffendes bitte streichen**)

Ich bin damit einverstanden, dass zusätzlich erhobene Befunde, die mit der Fragestellung nicht in Verbindung stehen, in der Regel nur dann mitgeteilt werden, wenn sich hieraus unmittelbare Konsequenzen für die medizinische Betreuung der untersuchten Personen ergeben. Gegebenenfalls bestätigt die laut GenDG verantwortliche ärztliche Person mit ihrer Unterschrift, dass ihr die Einverständniserklärung vorliegt.

Für die Interpretation genetischer Daten ist es häufig notwendig, sich mit weiteren klinisch-tätigen Ärzten/-innen auszutauschen. Ich bin damit einverstanden, dass ein fachlicher Austausch mit meinen behandelnden Ärzten/-innen bzw. die Diskussion in interdisziplinären Fallkonferenzen / Boards stattfinden darf.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass die bei mir erhobenen genetischen Befunde im zentralen Patientenmanagement-System (Medico) des Universitätsklinikums hinterlegt und für medizinisches Personal aller Fachrichtungen zugänglich gemacht werden dürfen.

**Mir ist bekannt, dass ich die gemachten Einwilligungen bis zur Befundversendung jederzeit ohne Angabe von Gründen oder persönliche Nachteile schriftlich widerrufen kann. Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden.**

Datum



Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreters



Unterschrift Arzt (leserlich)