

Patientenetikett

Stempel

BRCA - assoziierte Erkrankungen

Familiärer Mamma- und Ovarialkrebs

- Mamma- oder Ovarialkrebs, Mindestens ein Kriterium für erbl. Brustkrebs ist erfüllt (bitte ankreuzen)
Mindestens 3 Frauen aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Brustkrebs, unabhängig vom Alter
Mindestens 2 Frauen, davon 1 jünger als 50 Jahre aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Brustkrebs
Mindestens 2 Frauen aus der gleichen Linie einer Familie erkrankten an Eierstockkrebs
Mindestens 1 Frau erkrankte an Brustkrebs und 1 weitere Frau an Eierstockkrebs oder 1 Frau erkrankte an Brust- und Eierstockkrebs
Mindestens 1 Frau jünger als 36 Jahre erkrankte an Brustkrebs
Mindestens 1 Frau jünger als 50 Jahre erkrankte an bilateralem Brustkrebs
Mindestens 1 Mann erkrankte an Brustkrebs und 1 Frau an Brust- oder Eierstockkrebs

- Mutation im Tumormaterial nachgewiesen (Histobefund beilegen)

Indikation für Lynparza / Olaparib (PARP-Hemmer)

Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 in der Keimbahn zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung, wenn dieser laut Fachinformation (Stand 12/22) obligat ist.

- Ovarial-CA, (FIGO III & IV, high-grade, nach Ansprechen Platin-basierter Chemo)
Eileiter-CA (FIGO III & IV, high-grade, nach Ansprechen Platin-basierter Chemo)
Peritoneal-CA (FIGO III & IV, high-grade, nach Ansprechen Platin-basierter Chemo)
Mamma-CA (HER2-negativ, ohne Metastasen, Frühstadium, hohes Rezidivrisiko und nach Chemo)
Mamma-CA (HER2-negativ, mit Metastasen o. lokal fortgeschritten, nach Anthrazyklin, Taxan, Talazoparib)
Pankreas-CA (Adeno-CA, metastasiert, nach 16wöchiger Platin-basierter Chemo ohne Progress)
Prostata-CA (mit Metastasen, kastrationsresistent, Progress nach "new hormonal agent")

Probenentnahme:

- EDTA-Blutprobe (5-10 ml)

Datum & Uhrzeit

Kostenträger:

- ASV Gynäkologische Tumore oder GIT
gesetzlich versichert, ambulant (Ü-Schein o. Labor-Ü-Schein)
interne Abrechnung über Klinik
privat versichert, ambulant Kostenvoranschlag erwünscht
privat versichert, stationär Kostenvoranschlag erwünscht

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

- ja nein

Angaben zum Einsender:

Arztname

Klinik / Station

Telefon / Fax

Einwilligungserklärung 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. Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden.

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 pseudonymisierter Form wissenschaftlich verwendet und in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert werden. (Nähere Informationen zum Datenschutz/EU-DSGVO unter https://www.ukaachen.de/fileadmin/files/institute/humangenetik/DSVO_patienteninfo.pdf).

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.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Auswertung zusätzlich erhobene Befunde, die mit der Fragestellung nicht in Verbindung stehen (sog. Zufallsbefunde), in der Regel nur dann mitgeteilt werden, wenn sich hieraus unmittelbare Konsequenzen für die medizinische Betreuung der untersuchten Personen ergeben. Über Zufallsbefunde möchte ich informiert / nicht informiert werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Sollten keine Zufallsbefunde erhoben werden, bedeutet das nicht den Ausschluss aller genetischer Risiken. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen oder persönliche Nachteile schriftlich widerrufen kann.

Für die Interpretation genetischer Daten ist es häufig notwendig, sich mit weiteren klinisch-tätigen Kollegen/-innen auszutauschen. Ich bin damit einverstanden, dass ein fachlicher- und Datenaustausch mit weiteren klinisch tätigen Kollegen/-innen bzw. die diesbezügliche Diskussion in interdisziplinären Fallkonferenzen / Boards stattfinden darf. Ich stimme ausdrücklich zu, dass die bei mir erhobenen genetischen Befunde in den zentralen Patientenmanagementsystemen der Uniklinik der RWTH hinterlegt und für medizinisches Personal aller Fachrichtungen zugänglich gemacht werden dürfen.

Datum:

Patient/in / Vertreter/in (Unterschrift)

Arzt/Ärztin (Unterschrift)