



Anforderungsschein zur molekulargenetischen Diagnostik

Versand des Untersuchungsmaterials an uns bitte **ausschließlich** beschriftet (Name / Vorname / Geb.-Datum) und inkl. aller benötigter Unterlagen / Angaben / Unterschriften

Patientin / Patient Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ d Nachname Vorname Geburtsdatum	Einsendende / verantwortliche ärztliche Person Name und Adresse (Bitte <u>vollständig</u> und <u>leserlich</u> für Befundversand!): Datum Name (in Druckbuchstaben) Unterschrift
Untersuchungsmaterial (Beschriftung mit Name / Vorname / Geb.-Datum) ☐ EDTA-Blut (2 x mind. 5 ml) ☐ Gewebeblock, Blocknummer: ☐ DNA, isoliert aus (Konzentration mind. 30ng/µl, Mindestmenge für Panel-Analysen 300ng, für Panel- und MLPA-Analysen 1µg) ☐ Sonstiges Material: (akzeptiertes Material s. Primärproben-Handbuch)	Kostenträger / Kostenübernahme ☐ Privat versichert: Rechnung: ☐ Einsender / Einsenderin, Klinik ☐ Patient / Patientin (Selbstzahler / Selbstzahlerin) [Kostenübernahme beilegen!] ☐ Gesetzlich versichert: ☐ ambulant (ASV §116b, Überweisungsschein Muster 10) ☐ stationär
Angeforderte Analyse Bitte ggfs. vorhandene genetische Vorbefunde (Patient / Patientin / Angehörige Person) beilegen! Art der Untersuchung ☐ diagnostisch ☐ prädiktiv Umfang der Untersuchung ☐ Komplettanalyse (gewünschte Analysen bitte unten ankreuzen) ☐ Untersuchung familiär bekannter Variante(n): Gen(e): Variante(n): Familiäre Voruntersuchung(en) ☐ ja, extern → genetische Vorbefunde unbedingt beilegen! ☐ ja, bei uns Name / Vorname / Geb.-Datum der Indexperson Verwandtschaftsbeziehung:	Fragestellung, Indikation klinische Angaben, ggfs. Stammbaum Weitere relevante Informationen/ Besonderheiten: ☐ Z. n. Stammzelltransplantation ☐ Elterliche Konsanguinität ☐ Genetisches Geschlecht abweichend von o. g. Geschlechtsangabe ☐ Sonstiges (bitte ausführen):
Untersuchungsauftrag Sequenzuntersuchungen erfolgen NGS- basiert nach Panelanalyse, inkl. NGS-basierter Kopienzahlanalyse, ggf. gefolgt von MLPA-Analysen. Den Akkreditierungsumfang der jeweiligen Analyse und die in der Untersuchung enthaltenen Gene können Sie der Homepage des Institutes Familiäre Tumorerkrankungen entnehmen. ☐ Therapieplanung PARP-Inhibitor (BRCA1, BRCA2) bei: ☐ Prostatakarzinom ☐ Pankreaskarzinom ☐ Brustkrebs ☐ Eierstockkrebs ☐ Lynch-Syndrom/hereditäres, non-polypöses kolorektales Karzinom (HNPCC) (MLH1, MSH2, MSH2, PMS2) ☐ Endometriumkarzinom im Rahmen eines Lynch-Syndroms (MLH1, MSH2, MSH2, PMS2) ☐ Brust- und/oder Eierstockkarzinom (ATM, BARD1, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHEK2, MLH1, MSH2, MSH2, PALB2, PMS2, PTEN, RAD51C, RAD51D, TP53) Bitte beachten Sie ggfs. entsprechende Indikationskriterien. Wird vom Institut Familiäre Tumorerkrankungen ausgefüllt!	
Eingang der Probe: Anzahl: 1x ☐ 2x ☐	



Einwilligungserklärung in eine genetische Untersuchung und den Umgang mit den Daten gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Das Gendiagnostikgesetz verlangt vor genetischen Untersuchungen eine ärztliche Aufklärung und schriftliche Einwilligung. Vor prädiktiven (vorhersagenden) genetischen Untersuchungen an Gesunden ist zusätzlich eine genetische Beratung erforderlich. Hiermit erkläre ich, dass ich von der mich behandelnden ärztlichen Person ausreichend über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen sowie mögliche Risiken und psychosoziale Auswirkungen der genetischen Untersuchung gemäß GenDG aufgeklärt worden bin und ausreichend Gelegenheit hatte, Fragen zu stellen. Ich wurde auch darüber informiert, dass ich meine Einwilligung in die Untersuchung jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann. Ich habe ferner das Recht, die Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen) und vernichten zu lassen. Wir haben mit Ihnen nachstehende Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung besprochen.

Falls Sie einzelnen Punkten nicht zustimmen möchten, nehmen Sie bitte Streichungen vor.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich Folgendes:

- Ich bin mit der Entnahme von Untersuchungsmaterial (in der Regel einer Blutprobe) einverstanden.
- Ich bin mit der Durchführung der genetischen Untersuchung zur Abklärung des Verdachts auf ein erblich erhöhtes Risiko für die folgende Tumorerkrankung und damit ggf. im Zusammenhang stehenden weiteren Tumoren oder Erkrankungen einverstanden:
- In seltenen Fällen können klinisch relevante Zusatzbefunde nachgewiesen werden, die nicht in Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen. Diese Zusatzbefunde können für mich oder meine Familienangehörigen möglicherweise eine Konsequenz haben (z.B. Behandlung, Präventionsmaßnahmen). Ich wünsche die Mitteilung solcher Zusatzbefunde.
- Ich bin mit der Aufbewahrung von verbliebenem Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung u.a. zur Verwendung von Qualitätssicherung oder wissenschaftlichen Fragestellungen einverstanden. (Einen Anspruch habe ich nicht.)
- Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsergebnissen über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren hinaus einverstanden. (Einen Anspruch auf Aufbewahrung habe ich nicht.)
- Ich bin damit einverstanden, dass die Übermittlung meines Befundes in Ausnahmefällen durch eine in gleicher Weise kompetente verantwortliche, vertretende ärztliche Person erfolgen darf.
- Ggf. wird zur Ermittlung meines rechnerischen Erkrankungsrisikos das zertifizierte Programm CanRisk (<https://www.canrisk.org/>) verwendet. Ich willige ein, dass die für meine Berechnung relevanten Daten ohne Nennung meines Namens, und nur mit Geburtsjahr über eine gesicherte Netzverbindung an der Universität Cambridge (UK) eingegeben werden. Die Daten werden nach der Berechnung dort wieder gelöscht.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich bei neuen Erkenntnissen zu den bei mir erhobenen genetischen Befunden direkt kontaktiert werde.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich ggf. über die von mir angegebene Email-Adresse kontaktiert werde.
- Ich bin mit der Sichtung meiner Untersuchungsbefunde durch das mich behandelnde interdisziplinäre Team der Uniklinik Köln einverstanden. Ich stimme zu, dass vorbestehende sowie neu erhobene Untersuchungsbefunde inklusive der ggf. für die Untersuchung relevanten Genbefunde im elektronischen Dokumentationssystem der Uniklinik hinterlegt werden dürfen
- Ich bin mit der Nutzung meiner Untersuchungsergebnisse nur für folgende ratsuchende Familienangehörige einverstanden. (Bei keiner Angabe ist die Nutzung für alle ratsuchenden Familienangehörigen zulässig)

Familienangehörige/r (Name/Vorname/Geburtsdatum)

- Ich bin mit der Weiterleitung meiner Untersuchungsbefunde an nachfolgende ärztliche Person(en) einverstanden:

Ärztliche Person

Krankenhaus / Praxis / Institut

Straße

PLZ/Ort

Ort, Datum, Unterschrift Ratsuchende(r)

Ort, Datum, Unterschrift verantwortliche ärztliche Person