

# Anforderungsschein Molekulargenetik bei V.a. erblichen Darmkrebs (HNPCC)

Bitte zurücksenden an

Universitätsklinikum Münster  
Klinik für Medizinische Genetik  
Vesaliusweg 12-14  
48149 Münster

Medizinisches Versorgungszentrum am  
Universitätsklinikum Münster - MVZ  
Abteilung für Medizinische Genetik

Molekulargenetisches Labor:  
Tel. +49 251 83-55419

Materialannahme: Tel. +49 251 83-55424



## Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  weiblich  männlich  
geb. am \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

## Kostenübernahme

- gesetzlich versichert,  
**Überweisungsschein Nr. 10 liegt bei**  
Humangenetische Leistungen belasten das  
Laborbudget des anfordernden Arztes nicht.
- Privatrechnung
- Rechnung an Krankenhaus

## Anlass zur molekulargenetischen Diagnostik / Fragestellung:

### Indikationskriterien für HNPCC

(mindestens eins der folgenden Kriterien **muss** erfüllt sein)

- Revidierte Bethesda-Kriterien erfüllt (mind. 1 Unterkriterium muss erfüllt sein, siehe Rückseite)
- Amsterdam II-Kriterien erfüllt (alle Unterkriterien (1. - 4.) müssen erfüllt sein, siehe Rückseite)

### Voruntersuchungen (bitte Befundkopie mitschicken)

- Immunhistochemie an Tumorgewebe erfolgt, Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Molekulare Mikrosatelliteninstabilitätsdiagnostik (MSI) erfolgt, Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Bei Ausfall von MLH1/PMS2: **BRAF an Tumorgewebe** untersucht, Ergebnis: \_\_\_\_\_
- Mutationsanalyse in der Familie erfolgt, Ergebnis: \_\_\_\_\_

### Stammbaum / Vorbefund(e):

### Materialentnahme am:

### Einsendender Arzt (Stempel oder Druckschrift)

Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Klinik: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_

**Entnahme** Benötigt werden **5-10 ml EDTA-Blut**,  
Röhrchen bitte eindeutig beschriften (Name, Vorname, Geburtsdatum).

**Versand** Per Post möglichst am Wochenanfang,  
eine Lagerung der Blutprobe im Kühlschrank (+4°C) ist über Nacht / Wochenende möglich.

**Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligung des Patienten vorliegt!**

⇒ **bitte wenden**

## Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

### Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name	Vorname
geb. am	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße	
PLZ	Ort

**Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Münster - MVZ**



Abteilung für Medizinische Genetik

**Probeneingang:  
Tel. +49 251 83-55428  
Fax +49 251 83-55393**



Das **Gendiagnostikgesetz (GenDG)** fordert für alle genetischen Analysen eine **ausführliche Aufklärung** und eine **schriftliche Einwilligung** sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.

Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten und verstanden.

**Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung / Störung / Diagnose**

Bezeichnung der Erkrankung

**notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Probenentnahmen (z.B. Blut, Fruchtwasser, Gewebe).** Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

*Bitte lesen Sie diese Punkte sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:*

Ich bin mit der <b>Weiterleitung des Untersuchungsauftrages</b> bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

**Falls zutreffend:** Es können Befunde erhoben werden, die keinen Zusammenhang mit der Fragestellung haben (sog. **Nebenbefunde**), aber für Sie oder Ihre Nachkommen von Bedeutung sein könnten.

*Bitte kreuzen Sie an, über welche Nebenbefunde Sie informiert werden möchten:*

a) Der Nebenbefund könnte für meine Gesundheit von Bedeutung sein, spezielle Vorsorgeuntersuchungen oder Therapien stehen aber derzeit nicht zur Verfügung.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
b) Der Nebenbefund könnte für meine Gesundheit von Bedeutung sein, spezielle Vorsorgemaßnahmen oder Therapien können angeboten werden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
c) Der Nebenbefund weist auf eine Anlageträgerschaft für eine erbliche Erkrankung hin, die für mich ohne klinische Relevanz ist, aber für meine Nachkommen von Bedeutung sein könnte.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich bin mit der <b>Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse</b> über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin mit der <b>Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial</b> zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zur <b>Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung</b> genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird. Dazu überlasse ich das Untersuchungsmaterial der Klinik für Medizinische Genetik des UK Münster.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Ich möchte über <b>klinisch bedeutsame Ergebnisse</b> informiert werden. Hierzu werde ich Adressenänderungen mitteilen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich **meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann**, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

**Sollten die oben genannten Fragen unbeantwortet bleiben, wird mit der Unterschrift die Einwilligung des Patienten / der Patientin angenommen.**

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters
------------	----------------------------------------------------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift des verantwortlichen Arztes
------------	------------------------------------------