

## Einverständniserklärung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz

(Gendiagnostikgesetz vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2529, 3672))

<b>Nachname:</b>
<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>

### Angeforderte Analyse:

- HNPCC (siehe Anhang)**
- Hämochromatose**
- MEN 2 (Ret-Proto-Onkogen bei *“inherited cancer syndrome”*)**
- andere (bitte spezifizieren)**

Über die bei mir vorliegende Erkrankung, die möglicherweise zugrunde liegenden genetischen Ursachen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für eine Vorbeugung/Früherkennung einer eventuellen zukünftigen Erkrankung bin ich ausreichend aufgeklärt worden. Der Zweck der genetischen Untersuchung sowie deren Umfang ist mir genau erläutert worden. In einem persönlichen Gespräch hatte ich Gelegenheit, eventuelle Fragen zu klären und mir wurde genügend Bedenkzeit eingeräumt, um meine Situation zu überdenken.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass ich meine Einwilligung in die genetische Untersuchung jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann. Mir wurde mitgeteilt, dass ich das Recht habe, das Ergebnis der genetischen Untersuchung nicht zu erfahren. Ich weiß, dass ich bis zu dem Zeitpunkt, an dem mir das Untersuchungsergebnis mitgeteilt wird, die eingeleitete Untersuchung jederzeit beenden lassen kann und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials und eventueller Ergebnisse veranlassen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter)

\_\_\_\_\_  
(aufklärender Arzt)

### Analyse MSI (Mikrosatelliteninstabilität)

**Dr. med. P. Czapiewski**  
 Facharzt für Pathologie  
 Auenweg 38, 06847 Dessau-Roßlau  
 Tel.: 0340/501-1344; Fax: 0340/501-1029  
 E-Mail: p.czapiewski@klinikum-dessau.de

**PD Dr. rer. nat. K. Neumann**  
 Molekularpathologisches Labor  
 Tel.: 0340/501-4055  
 E-Mail: karsten.neumann@klinikum-dessau.de

<b>Nachname:</b>
<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>

**Indikationsstellung** (bitte ankreuzen)

**Amsterdam-II-Kriterien** (alle 5 Kriterien müssen erfüllt sein)

- mindestens **drei Familienmitglieder** mit histologisch gesichertem kolorektalen Karzinom oder HNPCC-assoziiertem Karzinom (Endometrium, Dünndarm, Nierenbecken/Ureter)
- davon **ein Familienmitglied erstgradig verwandt** mit den beiden anderen
- Erkrankung in **mindestens zwei aufeinanderfolgenden Generationen** belegt
- Erstmanifestation der Erkrankung vor dem 50. Lebensjahr** bei mindestens einem Patienten
- Ausschluss einer familiären adenomatösen Polyposis (FAP)**

**ODER:**

**Revidierte Bethesda-Kriterien** (mindestens 1 Kriterium muss erfüllt sein)

- Auftreten eines kolorektalen Karzinoms **vor dem 50. Lebensjahr**
- altersunabhängiges **synchrones oder metachrones Auftreten von kolorektalen Karzinomen oder anderen HNPCC-assoziierten Tumoren** (Endometrium, Ovar, Magen, Dünndarm, Pankreas, Gallenwege, Ureter, Nierenbecken, Gehirn [vor allem Glioblastome, z.B. Turcot-Syndrom], Talgdrüsenadenome und Keratoakanthome bei Muir-Torre-Syndrom)
- Auftreten eines kolorektalen Karzinoms mit **MSI-H-Histologie vor dem 60. Lebensjahr** (tumorinfiltrierende Lymphozyten, Crohn-ähnliche lymphozytäre Reaktion, muzinöse und/oder siegelringzellige Differenzierung, medulläres Wachstumsmuster)
- Auftreten eines kolorektalen Karzinoms oder HNPCC-assoziierten Tumors bei **einem oder mehreren Verwandten 1. Grades, davon ein Tumor vor dem 50. Lebensjahr diagnostiziert**
- altersunabhängiges Auftreten eines **kolorektalen Karzinoms in zwei oder mehr Verwandten 1. oder 2. Grades mit kolorektalem Karzinom oder HNPCC-assoziiertem Tumor**

**Eine konsiliarische Erörterung bei unklarer Indikationsstellung hat vor dem Analyseauftrag stattgefunden.**

- Ja     Nein

**Eine schriftliche Einverständniserklärung der betroffenen Patientin/des betroffenen Patienten liegt vor.**

- Ja     Nein