

Auftrag zur onkogenetischen Untersuchung

Instituts für Klinische Genetik und Genommedizin, Biozentrum, Am Hubland, 97074 Würzburg

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

M W

Name _____

Vorname _____ geb. _____

Informationen zur Eigen- und Familienanamnese, sonstige Bemerkungen (bitte Befundkopie beilegen):

Kostenträger (bitte unbedingt ausfüllen!):

Gesetzlich

- ambulant
- stationär
- OPS 1-942
- OPS 1-944

Privat

- ambulant
- stationär

Informationen zur Diagnostik (bitte unbedingt ausfüllen!):

Differentialdiagnostik (Symptome vorhanden)

Gibt es genetische Vorbefunde? Nein
 Ja. Befunde bitte auflisten (ggf. Beiblatt oder Kopien beilegen)

Prädiktive Pränatale Heterozygoten-Diagnostik

Indexpatient bekannt: Nein Ja

Verwandtschaftsbeziehung: _____

Mutation bekannt: Nein Ja

Gen: _____ Mutation: _____

Falls kein Indexpatient bekannt, Begründung für prädiktive Diagnostik:

Gerne beantworten wir Ihre Rückfragen:

Tel: 0931-201-29931, Fax: 0931-201-6029931

E-Mail: Diagnostik_KGGM@ukw.de

UNTERSUCHUNGSAUFRAG (bitte ankreuzen)

Bitte beachten Sie die gesonderten Auftragsformulare für Einzelgenanalysen, sowie Auftragsformulare für andere Panel-Diagnostiken, auf unserer Internetseite.

MATERIAL: 5-10 ml EDTA-Blut, Röhrchen bitte eindeutig beschriften, bruchsicher verpacken; ohne Kühlung und möglichst innerhalb einer Woche versenden!

Tumorerkrankungen

- BRCA1/2

Therapieoption mit PARP-Inhibitoren:

- Lokal fortgeschrittenes oder metastasiertes HER2-negatives Mammakarzinom
- HER2-negatives Mammakarzinom im Frühstadium mit hohem Rezidivrisiko nach Chemotherapie
- Platin sensitiv, fortgeschrittenes, rezidiviertes oder progressives high-grade Ovarial-/Eileiter-/primäres Peritonealkarzinom
- Metastasiertes, nach mind. 16-wöchiger platinhaltiger Erstlinien-Chemotherapie nicht progredientes Adenokarzinom des Pankreas
- Metastasiertes, kastrationsresistentes Prostatakarzinom

Fam. Brust-/Ovarialkrebs

- BRCA1/2
- BRCA1, BRCA2, ATM, CHEK2, PALB2, RAD51C, RAD51D, BRIP1, CDH1, TP53, PTEN, BARD1

Mindestens eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein (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

Lynch Syndrom (HNPCC)

- MLH1 + PMS2
- MSH2 + MSH6

Eines der Kriterien muss erfüllt sein (bitte ankreuzen):

- Amsterdam-Kriterien
- Revidierte Bethesda-Kriterien

Sonstige Tumorerkrankungen

- Cowden-Syndrom (PTEN)
- Li-Fraumeni-Syndrom (TP53)
- Neurofibromatose (NF1)
- Diffuses Magenkarzinom (CDH1)
- Familiäre Adenomatöse Polypose, FAP (APC)
- MUTYH assoziierte Polyposis, MAP (MUTYH)
- Prostatakarzinom (BRCA2, ATM, CHEK2)
- Familiäres Pankreaskarzinom (BRCA2, ATM, PALB2, CDKN2A, TP53)
- Malignes Melanom (CDKN2A, BAP1, BRCA2, CDK4, MITF, POT1, ACD)
- Multiple Endokrine Neoplasie Typ1 (MEN1, AIP, CDKN1B)
- Polyposis (APC, MUTYH, BMPR1A, SMAD4, POLD1, POLE, PTEN, STK11)

Aktuell verwendetes Panel: TruSight Hereditary Cancer (Illumina)

Probenentnahme am: _____ durch: _____

Name der verantwortlichen ärztlichen Person (bitte in Druckschrift)

Datum _____ Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person

Arztstempel

Wir dürfen die Untersuchung nur durchführen, wenn uns die Einwilligungserklärung des Patienten vorliegt