

# Aufklärung vor genetischen Analysen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) (zum Verbleib beim Patienten)

Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Gendiagnostikgesetz (GenDG) für alle genetischen Analysen gemäß GenDG eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten voraussetzt. Vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen ist zusätzlich eine genetische Beratung erforderlich. Bitte lesen Sie diese Patienteninformation zur Aufklärung vor genetischen Analysen sorgfältig durch und sprechen Sie uns gezielt an, wenn Sie Fragen dazu haben.

Ihnen (oder einer Person, für die Sie sorgeberechtigt sind oder die Sie betreuen) wurde die Durchführung einer genetischen Analyse empfohlen, um folgende Diagnose / Fragestellung abzuklären:

.....

Wir möchten Ihnen erläutern, welches Ziel diese Analysen haben, was bei genetischen Analysen geschieht und welche Bedeutung die Ergebnisse für Sie und Ihre Angehörigen erlangen können.

## Eine genetische Analyse hat zum Ziel,

-die Erbsubstanz selbst (DNS/DNA) mittels molekulargenetischer bzw. Array-Analyse oder

-die Produkte der Erbsubstanz (Genproduktanalyse)

auf genetische Eigenschaften zu untersuchen, die möglicherweise die Ursache der bei Ihnen oder Ihren Angehörigen aufgetretenen oder vermuteten Erkrankung / Störung sind.

**Als Untersuchungsmaterial** dient in den meisten Fällen eine Blutprobe (5 ml, bei Kindern oft weniger). Normalerweise bedingt eine Blutentnahme keine gesundheitlichen **Risiken**. Manchmal kann im Bereich der Einstichstelle eine Blutansammlung (Hämatom) oder extrem selten eine Nervenschädigung auftreten. Sollte in Ihrem Fall eine Gewebeentnahme notwendig sein (Hautbiopsie, Fruchtwasserpunktion, Chorionzottenbiopsie o. a.), werden Sie gesondert über die Risiken der Probenentnahme für Sie und ggf. für das von Ihnen erwartete Kind aufgeklärt. Ein weiteres, nie völlig auszuschließendes Risiko besteht in der Möglichkeit einer Probenverwechslung. Es werden alle Maßnahmen unternommen, um diese und andere Fehler zu vermeiden.

## Bei einer genetischen Analyse werden

-entweder bei einem konkreten Verdacht gezielt einzelne genetische Eigenschaften (z.B. mittels molekularzytogenetischer, molekulargenetischer oder Genproduktanalyse)

-oder viele genetische Eigenschaften gleichzeitig im Sinne einer Übersichtsmethode (z.B. mittels Chromosomenanalyse, DNA-Array, Genomsequenzierung) untersucht.

## Bedeutung der Ergebnisse

Wird eine krankheitsverursachende Eigenschaft (z.B. eine Mutation) nachgewiesen, hat dieser Befund in der Regel eine hohe Sicherheit. Wird keine krankheitsverursachende Mutation gefunden, können trotzdem für die Erkrankung verantwortliche Mutationen in dem untersuchten Gen oder in anderen Genen vorliegen. Eine genetische Krankheit bzw. Veranlagung für eine Krankheit lässt sich daher meist nicht mit völliger Sicherheit ausschließen. In diesem Fall werden wir versuchen, eine **Wahrscheinlichkeit** für das Auftreten der o.g. Erkrankung bzw. eine Veranlagung bei Ihnen bzw. Ihren Angehörigen abzuschätzen. Manchmal werden Genvarianten nachgewiesen, deren Bedeutung unklar ist. Dies wird dann im Befund angegeben und mit Ihnen besprochen. Eine umfassende Aufklärung über alle denkbaren genetisch (mit-)bedingten Erkrankungsursachen ist nicht möglich. Es ist auch nicht möglich, jedes Erkrankungsrisiko für Sie selbst oder Ihre Angehörigen (insbesondere für Ihre Kinder) durch genetische Analysen auszuschließen.

Prinzipiell können bei allen Untersuchungstechniken Ergebnisse auftreten, die nicht mit der eigentlichen Fragestellung im direkten Zusammenhang stehen, aber trotzdem von medizinischer Bedeutung für Sie oder Ihre Angehörigen sein können (sog. **Zufallsbefunde**). Insbesondere bei den Übersichtsmethoden wie Array-Analysen und Genomsequenzierungen können Zufallsbefunde auftreten, welche auf (Ihnen möglicherweise noch nicht bewusste) erhöhte Risiken für eventuell schwerwiegende, nicht vermeidbare oder nicht behandelbare Erkrankungen hinweisen. Sie können im Rahmen der Einwilligung bestimmen, ob bzw. unter welchen Umständen sie über derartige Zufallsbefunde informiert werden möchten. Werden mehrere Familienmitglieder untersucht, ist eine korrekte Befundinterpretation davon abhängig, dass die angegebenen Verwandtschaftsverhältnisse stimmen. Sollte der Befund einer genetischen Analyse zum Zweifel an den angegebenen Verwandtschaftsverhältnissen führen, teilen wir Ihnen dies nur mit, wenn es zur Erfüllung unseres Untersuchungsauftrages unvermeidbar ist.

## Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Einwilligung zur Analyse jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen. Sie haben das Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen), eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit zu stoppen und die Vernichtung allen Untersuchungsmaterials sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse zu verlangen.

Stand Mai 2014

## Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß GenDG



**MVZ am Universitätsklinikum Dresden**  
**Humangenetik:**  
**Frau Prof. Dr. med. Evelin Schröck**  
**Fetscherstr. 74**  
**01307 Dresden**

### Patientendaten ggf. Aufkleber

Name:.....  
 Vorname:.....  
 geb.:..... Tel.:.....  
 Straße:.....  
 PLZ..... Ort:.....

**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. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen darüber hinaus, die u. g. Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären.**

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

Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung (und ggf. zusätzlich spezielle schriftliche Aufklärungen) zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten, gelesen und verstanden.  
 Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung / Störung / Diagnose .....notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahmen. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse(n) an weitere Ärzte / Personen geschickt werden:  
 Prof. Dr. med. G. Baretton und Frau Prof. Dr. med. E. Schröck am Universitätsklinikum der TU Dresden.....

Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Analyse nur insoweit informiert werden, wie es für mich und meine Familie für die o. g. Frage praktisch relevant ist.  ja  nein  
 Ich bitte um Mitteilung aller Zufallsbefunde, aus denen sich praktische Konsequenzen ableiten lassen:  ja  nein

Ich bin einverstanden, dass erhobene Daten / Ergebnisse über die in Frage stehende Erkrankung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.  ja  nein

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass Ihre personenbezogenen Daten und medizinischen Ergebnisse/Befunde nach 10 Jahren vollständig vernichtet werden müssen. Diese Informationen können jedoch auch danach noch für Sie oder Ihre Angehörigen (z.B. für Ihre Kinder) von großer Bedeutung sein. Mit Ihrer Einwilligung dürfen wir diese Daten auch über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahren. Sind Sie damit einverstanden, dass die für Sie oder Ihre Angehörigen relevanten Daten / Unterlagen bis zu 30 Jahre aufbewahrt und erst dann vernichtet werden?  ja  nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden. Bitte entscheiden Sie, ob und wie nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial verwendet werden darf.  ja  nein  
 Ich bin einverstanden, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchung aufbewahrt wird.  
 Ich bin einverstanden mit der Verwendung diesen Materials (Mehrfachnennungen möglich):  ja  nein  
 ➤ zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der erhobenen Ergebnisse  ja  nein  
 ➤ für zukünftige neue Diagnosemöglichkeiten für meine o. g. Fragestellung  ja  nein  
 ➤ zum Zwecke der Qualitätssicherung, der studentischen Lehre, der Erforschung der o. g. Erkrankung und der Verbesserung der Diagnostik und Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form.  ja  nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben 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, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.  
 Eine Kopie der Aufklärung und der Einwilligungen habe ich erhalten.

Ort und Datum:	Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. des (gesetzlichen) Vertreters
----------------	--

## Einwilligung in die wissenschaftliche Studie „Familiärer Darmkrebs“

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
geboren

### A) Allgemeines

Ich bin durch den unten genannten Arzt über den Zweck, den Ablauf, die Bedeutung der Studie sowie die Vorteile und Risiken, die damit verbunden sein können, mündlich aufgeklärt worden.

Ich habe das Informationsheft für Patienten und Angehörige erhalten und gelesen, in dem die Empfehlung einer humangenetischen Beratung enthalten ist. Alle meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zur Studienteilnahme zu überdenken und frei zu treffen.

### B) Einwilligung in die Entnahme und Nutzung der Blut- und Gewebeproben

B1 Ich bin mit der Entnahme, Verwendung und zeitlich unbefristeten Aufbewahrung einer venösen Blutprobe und ggf. der Verwendung und zeitlich unbefristeten Aufbewahrung von Gewebeproben von mir einverstanden und überlasse die genannten Proben hiermit der oben genannten Institution. Mein Einverständnis schließt auch in der genannten Institution bereits vorhandene Proben mit ein.

Ich stimme zu, dass die Blut- und Gewebeproben unter der Verantwortung der oben genannten Institution in verschlüsselter Form (so genannte Pseudonymisierung) für Studien zur Aufklärung genetischer und nicht-genetischer Faktoren von Darmkrebs und anderen damit in Zusammenhang stehenden Erkrankungen verwendet werden. Dies schließt die Zusammenarbeit mit in- und ausländischen Kooperationspartnern und Projektleitern und ggf. die Anlage von Zelllinien zur genetischen und molekularbiologischen Analyse ein.

Ja  / Nein

➤ Ich bin ferner damit einverstanden, dass die entnommenen Blut- und Gewebeproben im Rahmen anderer wissenschaftlicher Kooperationsprojekte mit den genannten Fragestellungen (Aufklärung genetischer und nicht-genetischer Faktoren von Darmkrebs und anderen damit in Zusammenhang stehenden Erkrankungen) an andere Kliniken oder Institute im In- oder Ausland versandt werden dürfen.

Ja  / Nein

➤ Ich weiß, dass die Blutentnahme und die erhobenen Daten aus den Analysen der wissenschaftlichen Forschung dienen. Die Ergebnisse dieser Studie könnten zur Entwicklung neuer Diagnoseverfahren und neuer Medikamente führen. Der damit möglicherweise einhergehenden wirtschaftlichen Nutzung der Ergebnisse stimme ich zu. Für mich als Einzelpersonen entsteht dabei kein Eigentumsrecht an Ergebnissen.

Ja  / Nein

### B2 Unentgeltlichkeit

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme an der Studie für mich kostenlos ist. Dies bezieht sich nicht auf die Vergütung von diagnostischen Leistungen im Rahmen der Routine-Diagnostik. Ich weiß, dass ich für die Überlassung meiner Blut- und Gewebeproben kein Entgelt erhalte und dass ich keinerlei Ansprüche auf Vergütung, Tantieme oder sonstige Beteiligung an finanziellen Vorteilen und Gewinnen habe, die möglicherweise auf der Basis der Forschung mit meinen Blut- und Gewebeproben erlangt wird.

### B3 Widerruf der Zustimmung zur Probenverwendung

Ich weiß, dass ich meine Zustimmung zur Verwendung meiner Blut- und Gewebeproben jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der oben genannten Institution / Person widerrufen kann

und dass dies keinen Einfluss auf unsere etwaige weitere ärztliche Behandlung hat. Im Falle des Widerrufs bin ich damit einverstanden, dass meine Blut- und Gewebeprouben zu Kontrollzwecken weiter aufbewahrt werden. Ich habe jedoch das Recht, deren Vernichtung zu verlangen, sofern gesetzliche Bestimmungen der Vernichtung nicht entgegenstehen.

#### B4 Information über Studienergebnisse

➤ Sofern innerhalb der oben bezeichneten Studie Ergebnisse erzielt werden, die bezüglich der Tumorerkrankung für mich oder meine nächsten Angehörigen von unmittelbarer Bedeutung sind, möchte ich darüber informiert werden.

Ja  / Nein

Mir ist bewusst, dass ich über zufällige Befunde, die sich eventuell innerhalb der Studie ergeben, die jedoch keinen Zusammenhang mit der Fragestellung der Studie haben (so genannte Zufallsbefunde), nicht informiert werde.

#### **C) Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass ein Mitarbeiter des o. g. Zentrums Einblick in meine Original-Krankenunterlagen nimmt und Befundkopien in dem o. g. Zentrum archiviert werden dürfen.

Ich stimme zu, dass Daten, die mich betreffen (hierzu gehören insbesondere auch Krankheitsdaten aus meinen Krankenunterlagen) unter der Verantwortung der oben genannten Institution in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form in der Studiendatenbank gespeichert, mit an der Studie beteiligten Kooperationspartnern und Projektleitern ausgetauscht und in pseudonymisierter Form für Veröffentlichungen der Studienergebnisse verwendet werden. Die elektronische Verarbeitung der Daten (Speicherung, Übermittlung, Veränderung, Löschen) erfolgt am Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie (IMISE) in Leipzig unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz. Alle Personen, die Einblick in die gespeicherten Daten haben, sind zur Verschwiegenheit und zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet. Mit diesem Vorgehen bin ich einverstanden.

➤ Ich bin ferner damit einverstanden, dass die im Rahmen der Studie erhobenen Daten für andere wissenschaftliche Kooperationsprojekte zur Aufklärung genetischer und nicht-genetischer Faktoren von Darmkrebs und anderen damit in Zusammenhang stehenden Erkrankungen in pseudonymisierter Form an andere Kliniken oder Institute im In- oder Ausland versandt werden.

Ja  / Nein

#### **Widerruf der Zustimmung zur Datenverwendung**

Ich weiß, dass ich meine Zustimmung zur Verwendung meiner Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber der einleitend genannten Institution bzw. Person widerrufen kann und dass dies keinen Einfluss auf meine etwaige weitere ärztliche Behandlung hat.

Im Falle des Widerrufs bin ich damit einverstanden, dass meine Daten zu Kontrollzwecken weiterhin gespeichert bleiben. Ich habe jedoch das Recht, deren Löschung zu verlangen, sofern gesetzliche Bestimmungen der Löschung nicht entgegenstehen.

Eine Kopie der Aufklärung und der Einwilligungen habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
geboren

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer (freiwillige Angabe)

\_\_\_\_\_  
Email-Adresse (freiwillige Angabe)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Aufklärende Ärztin / aufklärender Arzt  
(Name in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes

# Familienanamnese

Bitte **alle Personen** mit **Name** (ggf. Geburtsname), **Vorname**, **Geburtsdatum**, **Tumorart** und **Datum der Diagnosestellung** erfassen. Bitte **auch** gesunde und/oder bereits verstorbene Familienmitglieder eintragen, wenn möglich mit Alter bei Ersterkrankung und ggf. Alter, in dem die betreffende Person verstorben ist – Stand März 2015

Großmutter

Großvater

Großmutter

Großvater

Tante/Onkel

Tante/Onkel

Mutter

Vater

Tante/Onkel

Tante/Onkel

Schwester, Bruder

Schwester, Bruder

Patient

Schwester, Bruder

Schwester, Bruder

Kind

Kind

Kind

Kind

Kind

Kind

Kind

Enkel

Enkel

Enkel

Enkel

Enkel

Enkel

Enkel

**Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung**

10

Kurativ  Präventiv  bei belegärztl. Behandlung  Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**  
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer  Quartal  J  J  J  J  
Geschlecht  W  M

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion  
Behandlung gemäß  § 116b SGB V  eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum  Abnahmezeit

Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an  Telefon Nr.  Fax Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose

**Tumordiagnostik bei V.a. familiären Darmkrebs**

Befund/Medikation

Auftrag

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten

Ausnahmekennziffer 32010

BSNR und LANR

**Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung**

10

Kurativ  Präventiv  bei belegärztl. Behandlung  Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**  
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer  Quartal  J  J  J  J  
Geschlecht  W  M

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion  
Behandlung gemäß  § 116b SGB V  eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum  Abnahmezeit

Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an  Telefon Nr.  Fax Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose

**Gendiagnostik bei V.a. familiären Darmkrebs**

Befund/Medikation

Auftrag

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (1.2012)

## Untersuchungsanforderung für die Gendiagnostik bei V. a. familiären Darmkrebs

Seit 1. Juli 2010 gelten entsprechend den Anpassungen im Bundesmantelvertrag Ärzte (siehe Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 14, 9. April 2010) für die Anforderung von genetischen Untersuchungen neue Bedingungen.

Im Rahmen der Untersuchungsanforderung für eine Gendiagnostik von HNPCC sind

**zwei Überweisungs-/Abrechnungsscheine für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung erforderlich (siehe Abbildungen oben).**

**Auftrag Schein 1: Tumordiagnostik (siehe oben)**

**Auftrag Schein 2: Gendiagnostik (siehe oben)**

Die Betriebsstättennummer (**BSNR**) und die lebenslange Arztnummer (**LANR**) des Erstveranlassers müssen auf dem Schein unbedingt angegeben werden. (siehe Richtlinien der KBV, Stand 01.02.2015, Kapitel 1 §1 (2) u. Kapitel 2 §5 (2)). Auf dem Laborüberweisungsschein muss die **Ausnahmekennziffer 32010** stehen, **damit der Auftrag von der Belastung des Laborbudgets des überweisenden Arztes ausgenommen wird** (siehe EBM Stand 1. Quartal 2015, S. 543-544, Kapitel 32.2 Nr. 6).

Humangenetische Leistungen sind nicht budgetiert.

Stand: März 2015

## Einsendeschein für molekulargenetische Analysen

Labor-Nr.:

Bitte senden Sie an:



**MVZ am Universitätsklinikum Dresden  
Humangenetik:**

**Frau Prof. Dr. med. Evelin Schröck  
Fetscherstr. 74  
01307 Dresden**

Patientendaten ggf. Aufkleber

Name:.....

Vorname:.....

geb.:..... Tel.:.....

Straße:.....

PLZ..... Ort:.....

Ansprechpartner:

Probeneingang, Koordination / Tel.: (0351) 458-13873

Untersuchungsmaterial:

 EDTA-Blut (10 ml)       Heparin-Blut (10 ml)      Entnahmedatum:      Uhrzeit:

 Paraffinmaterial      Blocknummer:      Pathologie:

Angaben zur Abrechnung:

 stationär     ambulant (bitte Labor-Auftragsschein – Formular 10 – beilegen)     privat (Adresse bitte oben eintragen)

Weitere Angaben zum Patienten/ zur Patientin:

 männl.     weibl.     ggf. Zwilling     ethnische Herkunft (soweit genetisch relevant)

Klinische Symptomatik/ Familienanamnese (ggf. auf der Rückseite bzw. Formular von o. g. Homepage):

 Patient ist der **Indexfall**      oder       In der Familie ist ein **Indexfall** bekannt

**Angabe zu molekulargenetischen Voruntersuchungen  
des Patienten in Bezug auf die aktuelle  
Indikationsstellung (Befundkopien erbeten)**

 keine bekannt oder     bereits erfolgt, welche:

**Angabe zu molekulargenetischen Voruntersuchungen  
des Indexfalls in Bezug auf die aktuelle  
Indikationsstellung (Befundkopien erbeten)**

 keine bekannt oder     bereits erfolgt, welche:

**Angeforderte Untersuchung:**       diagnostisch       prädiktiv
**Erkrankung:****Art der Untersuchung:**
 HNPCC      Mikrosatellitenanalyse am Tumor  
Genanalyse: *MLH1, MSH2, MSH6, PMS2*
 FAP, AFAP, MAP      Genanalyse: *APC, MUTYH*
 Familiäres Magenkarzinom      Genanalyse: *CDH1*
 Familiäre Juvenile Polyposis      Genanalyse: *SMAD4, BMPR1A*
 Cowden Syndrom      Genanalyse: *PTEN*
 Li Fraumeni Syndrom      Genanalyse: *TP53, CHEK2*
 MEN1 oder MEN2      Genanalyse: *MEN1, RET*
 Peutz-Jeghers Syndrom (PJS)      Genanalyse: *STK11*
 Andere (nach telef. Rücksprache)

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift der lt. Gen DG verantwortlichen ärztlichen Person