

Brustkrebs BRCA1/2

Wolfbachstrasse 17 Postfach 8024 Zürich
Telefon: 044 269 99 99 Fax: 044 269 99 29



MEDIZINISCHE LABORATORIEN Dr. F. KAEPELI AG

PATIENTENDATEN

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Geb.-Datum

Entnahmedatum

Rechnung an

- Patient (bzw. Eltern)
- Krankenkasse
- Andere:

EINSENDER, AUFTRAGGEBER

➔ Anordnung nur durch Fachärzte, keine Selbstzuweisung

Fragestellung / Bemerkungen

Kopie an:

Klinische Angaben (Anamnese, Stammbaum, Vorbefunde bitte beilegen)

BRCA1 und BRCA2

EDTA-Blut

BRCAV

NGS-Analyse der codierenden Bereiche der Gene BRCA1 und BRCA2
MLPA-Analyse der Gene BRCA1 und BRCA2

Stufendiagnostik: falls BRCA1 und BRCA 2 negativ, Analyse HBOC*-assoziierter Gene
*hereditary breast-ovarian cancer syndrome

HBOC-assozierte Gene

EDTA-Blut

NGS-Analyse der HBOC-assozierten Gene ATM, CHEK2, NBN, PALB2, PTEN, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53

Einverständniserklärung

Name: Geb.-Dat.:

Vorname:

Ich bestätige, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung über die verschiedenen Aspekte der genetischen Untersuchungsmethoden aufgeklärt wurde. Ich habe diese verstanden und hatte die notwendige Bedenkzeit. Ich gebe mein Einverständnis für die Durchführung folgender Analyse(n):

.....

Zufallsbefunde:

Sollte(n) die Analyse(n) Ergebnisse liefern, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sogenannte „Zufallsbefunde“), wünsche ich, wie folgt über diese Ergebnisse informiert zu werden:

Veranlagung für Erkrankungen, für die Vorsorge und/oder Behandlung bekannt sind JA
 NEIN

Veranlagung für Erkrankungen, für die es zurzeit keine Vorsorgemassnahmen/Behandlung gibt JA
 NEIN

Anderer Entscheid:

Aufbewahrung und Verwendung des überschüssigen Untersuchungsmaterials und der Untersuchungsergebnisse (Rohdaten) für ergänzende Untersuchungen:

Ich bin damit einverstanden, dass das überschüssige Untersuchungsmaterial und die Rohdaten für allfällige Nachuntersuchungen aufbewahrt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig. Falls Sie NEIN ankreuzen wird Ihre Probe nach der Analyse vernichtet!

JA
 NEIN

Ort und Datum:..... Unterschrift:

Aufklärende(r) Ärztin/Arzt

Ich bestätige, die oben genannte(n) Person(en) gemäß dem geltenden Gendiagnostikgesetz (GUMG) über die genannte(n) genetische(n) Analyse(n) inklusive deren Einschränkungen aufgeklärt zu haben und die mir gestellten Fragen beantwortet zu haben.

Name: Unterschrift:

Ort und Datum: Stempel: