

## Anmeldung genetische Beratung wegen Fast Track-Analyse BRCA1 und BRCA2

Bitte per Fax an

**Universitätsklinikum Münster**  
**Institut für Humangenetik**  
**Vesaliusweg 12-14**  
**48149 Münster**

**Medizinisches Versorgungszentrum am**  
**Universitätsklinikum Münster - MVZ**  
**Abteilung für Ambulante Humangenetik**  
Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. Peter Wieacker



**Genetische Beratung: Tel. 0251 - 83-53208**

**Fax: 0251 - 83-55393**

### Patientendaten (ggf. Aufkleber)

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

\_\_\_\_\_ Tel.-Nr. Festnetz (tagsüber)  
\_\_\_\_\_ Tel.-Nr. Mobil (tagsüber)  
\_\_\_\_\_ Krankenkasse

### Erkrankung der Patientin

- Brustkrebs, Kriterien für erblichen Brust-/Eierstockkrebs erfüllt (s.u.)
- Brustkrebs, triple negativ (vor dem 50. Geburtstag = Einschlußkriterium des Konsortiums)
- Eierstockkrebs, serös, (vor dem 80. Geburtstag = Einschlußkriterium des Konsortiums)
- anderer Grund: \_\_\_\_\_

### Indikationskriterien für erblichen Brust- und Eierstockkrebs in der Familie

(mindestens eins der folgenden Kriterien **muss in der gleichen Linie einer Familie** erfüllt sein)

- Mind. drei Frauen erkrankten an Brustkrebs, unabhängig vom Alter
- Mind. zwei Frauen, davon eine vor dem 51. Geburtstag, erkrankten an Brustkrebs
- Mind. zwei Frauen erkrankten an Eierstockkrebs
- Mind. eine Frau erkrankte an Brustkrebs und eine weitere Frau an Eierstockkrebs oder eine Frau erkrankte sowohl an Brust- als auch an Eierstockkrebs
- Mind. eine Frau erkrankte vor dem 36. Geburtstag an Brustkrebs
- Mind. eine Frau erkrankte an beidseitigem Brustkrebs, Ersterkrankung vor dem 51. Geburtstag
- Mind. ein Mann erkrankte an Brustkrebs und eine Frau an Brustkrebs oder Eierstockkrebs
- pathogene Mutation in der Familie bekannt (bitte Befund beifügen)

### Priorität der Analyse

- ggfs. Anpassung der Chemotherapie
- ggfs. Konsequenz hinsichtlich der geplanten Operation
- Ergebnis soll spätestens vorliegen bis zum \_\_\_\_\_

### Wurde die Patientin oder Verwandte bereits in einem Zentrum des Konsortiums beraten?

- Nein
- Ja - Name, Geb.-Datum, evtl. Familien-Nr.: \_\_\_\_\_

### Verantwortlicher Arzt (Stempel oder Druckschrift)

Name: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des verantwortlichen Arztes \_\_\_\_\_

**Bitte diesen Anmeldebogen zusammen mit Arztbriefen und Histologiebefunden (ggf. inkl. Hormonrezeptorstatus) an die Fax-Nr.: 0251 - 83-55393 faxen.**  
**Wir teilen Ihrer Patientin nach Erhalt aller o.g. Unterlagen umgehend den Beratungstermin mit.**