

Anmeldung Fast Track-Analyse bei V.a. familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK)

Bitte per Fax an

Universitätsklinikum Münster
Institut für Humangenetik
Vesaliusweg 12-14
48149 Münster

Medizinisches Versorgungszentrum am
Universitätsklinikum Münster - MVZ
Abteilung für Ambulante Humangenetik



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

Anmeldung für folgende Leistung(en)

- nur molekulargenetische Analyse
 molekulargenetische Analyse und humangenetische Beratung

Angaben zur Analyse

- therapierelevante Analyse, bitte Grund angeben: _____
 Ergebnis muss vorliegen bis: _____

Erkrankung der Patientin

- Brustkrebs, Kriterien für familiären Brust-/Eierstockkrebs erfüllt (bitte unten dokumentieren)
 Brustkrebs, triple-negativ (vor dem 60. Geburtstag = nur im Rahmen des deutschen Konsortiums für FBREK)
 Eierstockkrebs, serös, (vor dem 80. Geburtstag = nur im Rahmen des deutschen Konsortiums für FBREK)
 anderer Grund für die Analyse/Beratung: _____

Indikationskriterien für familiären 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)

Wurde die Patientin oder Verwandte bereits in einem Zentrum des FBREK-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. Falls ein Beratungstermin gewünscht wurde (s.o.), teilen wir Ihrer Patientin diesen nach Erhalt aller o.g. Unterlagen umgehend mit.