

Name, Vorname: .....

Kontaktadresse: .....

biologisches Geschlecht: w m  
 soziales Geschlecht: w m divers  
 (falls abweichend von oben)

Geburtsdatum: .....

Datum Probenabnahme: .....

Universitätsklinikum Leipzig AöR, Institut für Humangenetik,  
 MedVZ am Universitätsklinikum Leipzig II gGmbH,  
 Fachbereich Humangenetik, Philipp-Rosenthal-Str. 55, 04103 Leipzig,  
 Tel. 0341/9723800 Fax. 0341/9728217

Vom Labor auszufüllen:  
 Datum Probeneingang HUG

Labor-Nr.

**Dringlichkeit:** Eilig (therapierelevant) Routine

**Kostenübernahme:** gesetzlich Versicherte (Ü-Schein Muster 10)  
 Privat FBREK-Konsortium ASV (bei Teamzugehörigkeit)

**Material:** EDTA (≥ 1 ml)\* Mundschleimhaut\*  
 DNA\* Tumormaterial Anderes: .....

## Anforderungsschein Tumorgenetik (NGS-Diagnostik\*)

**Ja** ← **Liegt eine Tumorerkrankung beim Indexpatienten vor?** → **Nein**

**Eigenanamnese A**

Welcher Tumor liegt vor?  
 (Falls Pathologiebefund vorhanden, bitte anhängen!)

Mamma-Ca, Erstdiagnose Alter: .....

Ovarial-Ca, Erstdiagnose Alter: .....

Kolon-Ca, Erstdiagnose Alter: .....

Prostata-Ca, Erstdiagnose Alter: .....

Magen-Ca, Erstdiagnose Alter: .....

Sonstige Tumore.....

Erstdiagnose, Alter: .....

Sonstige, nicht tumorassoziierte Erkrankungen: .....

**Familienanamnese B**

Sind Familienangehörige von einer Tumorerkrankung betroffen?

	Ja	Nein
Wer: .....	Womit: .....	Erstdiagnose, Alter: .....
Gen/Variante bekannt? (wenn ja bitte angeben, <u>Vorbefunde beilegen</u> ): .....		
Sonstige, nicht tumorassoziierte Erkrankungen in der Familie: .....		

Besteht beim Indexpatienten oder in der Familie der Verdacht auf eines der folgenden Syndrome (weiter zu...)?:

Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK) (1)    Hereditäres Nicht-Polypöses Colorektales Carcinom (HNPCC) (2)  
 Gorlin-Goltz-Syndrom (GG) (3)    Neurofibromatose (NF1/2) (4)    Li-Fraumeni-Syndrom (5)    Tuberöse Sklerose (TSC 1/2) (6)  
 Sonstige:..... (7)

**Tumorspezifische Anamnese**

**1 Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK)**

Sind die Kriterien für den familiären Brust- und Eierstockkrebs° erfüllt? Ja    Nein

drei an Brustkrebs erkrankten Frauen unabhängig vom Alter  
 zwei an Brustkrebs erkrankten Frauen (eine Erkrankung vor dem 51. Geburtstag)  
 einer an Brust- und einer an Eierstockkrebs erkrankten Frau  
 zwei an Eierstockkrebs erkrankten Frauen  
 einer an beidseitigem Brustkrebs erkrankten Frau (eine vor dem 51. Geburtstag)  
 einer an Brustkrebs erkrankten Frau vor dem 36. Geburtstag  
 einem Mann erkrankt an Brustkrebs  
 Eigene Erkrankung mit triple-negativem Brustkrebs mit Erkrankungsalter vor dem 70. Geburtstag  
 Eigene Erkrankung mit Eierstockkrebs vor dem 80. Geburtstag

Wird die genetische Untersuchung aufgrund einer Therapierelevanz (z.B. PARPi)° durchgeführt? Ja    Nein

Brustkrebs (fortgeschritten/metastasiert, HER2 negativ)  
 Brustkrebs, (high-risk early Breast Cancer, HER2 negativ)  
 Eierstockkrebs

Besteht eine erweiterte Indikation° für eine genetische Untersuchung? Ja    Nein

(nach Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkasse bzw. nach unterschriebenem Kostenvorschlag)

Erkrankungsalter < 65 Jahre ohne fam. Anamnese  
 Triple-negativer Histologie und Erkrankungsalter > 60 Jahre, insbesondere bei Vorhanden eines weiteren Mammakarzinoms in der Familie (unabhängig vom Erkrankungsalter)  
 Invasiv lobulärer Histologie und Vorhandensein von diffusem Magenkarzinom in der Familie  
 Vorhandensein von weiteren Fällen von Pankreaskarzinomen und Hochrisiko-Prostatakarzinomen in der Familie  
 Personen der Ashkenazi-jüdischer Abstammung

°https://www.ago-online.de/fileadmin/ago-online/downloads/\_leitlinien/kommission\_mamma/2025/D\_PDF/AGO\_2025D\_02\_Genetik.pdf

## Tumorspezifische Anamnese

### 2 Hereditäres Nicht-Polypöses Colorektales Carcinom (HNPCC, Lynch-Syndrom, Familiärer Darmkrebs)

Mikrosatelliteninstabilität am Tumorgewebe getestet Ja Nein Wenn ja, Ergebnis:.....  
 Immunhistochemie am Tumorgewebe getestet Ja Nein Wenn ja, Ergebnis:.....  
 MLH1-Promotormethylierung am Tumorgewebe getestet Ja Nein Wenn ja, Ergebnis:.....

#### Klinik:

Amsterdam-II-Kriterien erfüllt (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10348829/>) Ja Nein  
 Bethesda-Kriterien erfüllt (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14970275/>) Ja Nein

### 3 Gorlin-Goltz-Syndrom

Verkalkung der Falx cerebri Ja Nein  
 Basalzellkarzinome Ja Nein  
 Wenn ja, Anzahl:.....  
 Kieferzysten Ja Nein  
 Palmare/plantare Pits Ja Nein  
 Weiteres: .....

### 4 Neurofibromatose Typ 1/2

Neurofibrome Ja Nein  
 Cafe-au-lait-Flecken Ja Nein  
 wenn ja, Anzahl:.....  
 Freckling Ja Nein  
 Lisch-Knötchen Ja Nein  
 Weiteres: .....  
 .....

### 5 Li-Fraumeni-Syndrom

Chompret Kriterien (2015) erfüllt? Ja Nein  
 Tumor aus dem Li-Fraumeni-Spektrum < 46 Jahre Ja Nein  
 wenn ja, welche Entität .....und welches Alter.....  
 Tumorerkrankung aus Li-Fraumeni-Spektrum <56 Jahre in der Familie Ja Nein Wenn ja, wer:.....  
 wenn ja, welche Entität .....und welches Alter.....  
**Weiteres:**  
 (hypodiploide) ALL unter 21 Jahre Ja Nein  
 TP53-Nachweis im Tumor mit hoher Allelfrequenz Ja Nein  
 Fehlender oder verminderter Nachweis von p53 in der IHC Ja Nein

### 6 Tuberoöse Sklerose (TSC 1/2)

Hautauffälligkeiten Ja Nein Epilepsie Ja Nein  
 wenn ja, welche:..... Rhabdomyome (Herz) Ja Nein  
 MRT-Auffälligkeiten Ja Nein Nierenbeteiligung Ja Nein  
 wenn ja, welche:..... Hamartome (Auge) Ja Nein

### 7 Sonstige Tumore

Betroffene Organe/Tumorarten: Erstdiagnose, Alter:  
 .....  
 .....  
 .....  
 Metastasen Ja Nein  
 Wenn ja, Lokalisation:.....  
 Sonstige Anmerkungen:.....

#### Asservierung von Untersuchungsmaterial:

Ich bitte um die Asservierung ohne weitere Diagnostik von:

EDTA PAXgene DNA Zellkultur Anderes: .....

#### Einsender:in

Unterschrift, Name (bitte in **DRUCKBUCHSTABEN**),  
 Adresse oder Stempel Unterzeichnende(r) Arzt/Ärztin  
 ist gemäß GenDG alleinige(r) Befundempfänger:in



Durch die DAkkS nach DIN EN ISO 15189:2014  
 akkreditiertes Medizinisches Laboratorium.  
 Die Akkreditierung gilt nur für den in den Urkundenanlagen  
 [D-ML-22182-01-00, D-ML-13195-08-00] aufgeführten  
 Akkreditierungsumfang. Dies betrifft die hier mit  
 \* gekennzeichneten Analysen.

#### Bemerkungen:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

#### Anforderungsdatum

.....

#### Telefon für Rückfragen

.....

