

Patient:in: Name, Vorname, Geburtsdatum

Arztstempel / Klinik

ANGABE ZUM EINSENDER

Name Ärztin / Arzt, ggf. Station

Telefon

E-Mail

ANGABE ZUM PATIENTEN

☐ männlich ☐ weiblich

Diagnose: _____

Bekannte Mutationen im Tumor: _____

INDIKATION

- ☐ Untersuchung bei Erstdiagnose (vor Therapiebeginn oder dem chirurgischen Eingriff)
- ☐ Folgeuntersuchung / Therapiemonitoring
- ☐ Folgeuntersuchung / Monitoring „Minimal Residual Disease“ (MRD)
- ☐ Untersuchung bei Relapse / Metastasierung

LIQUID BIOPSY (Material 2 Streckröhrchen (voll gefüllt))

☐ PAN-Tumor 79 Gene:

AKT1, ALK, APC, AR, ARID1A, ATM, BAP1, BRAF, BRCA1, BRCA2, CD274, CDH1, CDK4, CDK6, CDKN2A, CDKN2B, CHEK1, CHEK2, CTNNB1, CYSLTR2, DDR2, EGFR, EPCAM, ERBB2, ERBB3, ESR1, FBXW7, FGFR1, FGFR2, FGFR3, FGFR4, FOXL2, GNAI1, GNAQ, GNAS, H3F3A, H3F3B, HIST1H3B, HIST1H3C, HRAS, IDH1, IDH2, KEAP1, KIT, KRAS, MAP2K1, MET, MLH1, MSH2, MSH6, MYC, MYCN, NF1, NF2, NRAS, NRG1, NTRK1, NTRK2, NTRK3, PALB2, PDGFRA, PDGFRB, PIK3CA, PMS2, POLE, POLD1, PPP2R1A, PTEN, RB1, RET, RNF43, ROS1, SF3B1, SMAD4, STK11, TERT, TP53, TSC1, VHL

☐ Mammarkarzinom/Prostatakarzinom, Personalisierte Therapiesteuerung 12 Gene:

AR, ATM, BRCA1, BRCA2, CDH1, CHEK1, CHEK2, ESR1, FGFR1, PALB2, PIK3CA, PTEN

☐ Lungenkarzinom, NSCLC , Personalisierte Therapiesteuerung 17 Gene:

DDR2, BRAF, EGFR, ERBB3, KRAS, MAP2K1, MET, NRAS, NTRK1, NTRK2, NTRK3, PDGFRB, PIK3CA, PTEN, RET, ROS1, STK11

☐ Kolorektales Karzinom: Personalisierte Therapiesteuerung 17 Gene:

APC, BRAF, CTNNB1, EGFR, EPCAM, FBXW7, KRAS, NRAS, MLH1, MSH2, MSH6, PIK3CA, PMS2, PTEN, RNF43, SMAD4, TP53

TUMORDISPOSITIONSSYNDROME: (Material EDTA Blut (5ml))

- | | |
|--|--|
| ☐ Mamma- und Ovarialkarziom | ☐ Tuberöse Sklerose Complex (TSC) |
| ☐ Multiple endokrine Neoplasien | ☐ von Hippel-Lindau Syndrom |
| ☐ HNPCC/Lynch-Syndrom | ☐ Anderes Tumordispositionssyndrom: _____ |
| ☐ Polyposis-Syndrom | _____ |
| ☐ Kolorektales Karzinom | ☐ Tumorprävention (>50 Tumorgene) |
| ☐ Pankreaskarzinom | |
| ☐ Magenkarzinom | |
| ☐ Gastrointestinaler Stromatumor (GIST) | ☐ Zusatzbefunde nach ACMG-Genliste actionable genes |
| ☐ Prostatakarzinom | |

PHARMAKOGENETIK: Material EDTA Blut (5ml)

- | | |
|--|---|
| ☐ 5-Fluorouracil-Therapie: DPYD | ☐ Anderes: _____ |
| ☐ Irinotecan-Therapie: UGT1A1 | _____ |
| ☐ Tamoxifen-Therapie: CYP2D6 | |

PROBENEINSENDUNG

Abnahmedatum: _____

Abholung soll organisiert werden: **+43-1-535 48 99** oder **office@generations.at**Versand mit Kurierdienst an: **Generations Life/Dungl GmbH, Mülkerbastei 5/1, 1010 Wien****PATIENTENEINWILLIGUNG**

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet und ausgewertet werden.

Überschüssiges, nicht namentlich gekennzeichnetes Untersuchungsmaterial darf zum Zwecke der Qualitätssicherung sowie der Entwicklung neuer Diagnosemöglichkeiten aufbewahrt werden.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber der verantwortlichen Ärztin/dem verantwortlichen Arzt ganz oder in Teilen widerrufen.

Liquid biopsy: Ich wurde informiert, dass die Untersuchung Hinweise nicht nur über meine Tumorerkrankung und Möglichkeiten der Behandlung, sondern auch auf eine erbliche Krebsdisposition geben können. Falls eine fragliche erbliche Veränderung nachgewiesen wird, wird die Bedeutung des Befundes im Rahmen einer genetischen Beratung besprochen.

Tumordispositionssyndrome: Ich wurde fachärztlich über Wesen, Tragweite, Aussagekraft und Konsequenzen der genetischen Analyse sowie ggf. über mögliche Risiken der Probenentnahme aufgeklärt und stimme in freiem Einverständnis der Analyse zu. Die Untersuchung kann ich bis zur Kenntnisnahme des Befundes ohne Angabe von Gründen abbrechen oder auf eine Ergebnismitteilung verzichten. Auch die anderen hier getätigten Entscheidungen kann ich jederzeit durch schriftliche Mitteilung ändern oder widerrufen, sofern die Analyse noch nicht abgeschlossen ist.

Ich bin mit der genetischen Analyse einverstanden.

Ort	Datum	Unterschrift Patient:in
-----	-------	-------------------------

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben.

Ort	Datum	Unterschrift einsendende Ärztin / einsendender Arzt
-----	-------	---