

Koop-Zentrum (Briefkopf oder Stempel sowie verantwortlicher Arzt mit Name und Telefonnummer/Mailadresse)

Checkliste Probenversand für Kooperationspartner

1. Probenmenge:

- 1 EDTA-Röhrchen mit 1 x 2 ml Blut (EDTA KE/Monovette)

2. Beschriften der Probenröhrchen

- Vorname und Name, Geburtsdatum der Patientin

3. Erforderliche Dokumente (im Original):

- Anforderung Genanalyse
 - Stammbaumangaben der Patientin
 - Eigenanamnesebogen
 - unterschriebene Einverständniserklärung **(neu!)**
 - unterschriebene Einverständniserklärung HerediCare **(Dokument 1, S. 7 und 8)**
 - unterschriebene Teilnahmeerklärung **(CAVE: individuelles Formular notwendig?)**
 - bei PP: Kostenübernahmeerklärung der PKV, von der Patientin unterschriebene PVS-Erklärung
 - ausgefüllter Gesprächsleitfaden/TK-Protokoll/Arztbrief
 - Überweisungsschein (wenn möglich)
 - ausgefüllte Checkliste Ärztekammer
-
- Datum der Einsendung
 - Angabe der Krankenkasse
 - Patientenetikett (mit Adresse, Versichertennummer)
-
- Datum, Arzt-Stempel und Unterschrift des einsendenden Arztes

Patientin Etikett

4. Transport und Postversand

Versand bei Raumtemperatur

Transportzeit < 3 Tage sollte gewährleistet werden, kein Versand am Freitag, sondern Kühlschrankschlagerung der Probe bis Montag.

Adresse:

Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Charité Berlin
z.H. PD Dr. Dorothee Speiser/Sekretariat Professor Blohmer
Klinik für Gynäkologie mit Brustzentrum
Campus Mitte
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Mitte
Charitéplatz 1
10117 Berlin

Koop-Zentrum (Briefkopf oder Stempel sowie verantwortlicher Arzt mit Name und Telefonnummer/Mailadresse)



Anforderung einer **BRCA1/2-** oder **TruRisk©-Panelanalyse**

Testindikation:

Diagnose: Mammakarzinom Ovarialkarzinom

Alter bei Ersterkrankung _____

Familiäre Belastung

PARPi-Behandlung

Patientin *Etikett*

Datum der Blutabnahme: _____

Krankenkasse mit Nummer: _____

Obligat beizufügende Anlagen (im Original, Kopie verbleibt beim Koop-Partner):

Stammbaumangaben ja

Eigenanamnesebogen ja

Unterschriebene Einverständniserklärung allg. ja

Unterschriebene Einverständniserklärung HerediCare ja

Unterschriebene Teilnahmeerklärung in individueller KK-Version ja

Bei PP: Kostenübernahmeerklärung der PKV ja

und unterschriebener PVS-Vertrag ja

Gesprächsleitfaden/Arztbrief/TK-Beschluss ja

Checkliste Score: _____ ja

Blutprobe (mit Name und Geburtsdatum beschriftet) **anbei:** ja

*Bitte alle Unterlagen **im Original** schicken - Kopie verbleibt bei Ihnen*

(Bitte überprüfen Sie die Vollständigkeit der beigefügten Anlagen und Materialien!)

in gesonderter Versandbox entsprechend

<https://www.sarstedt.com/produkte/diagnostik/versand/boxen/produkt/95.902/>

Ergebnis der Genanalyse wird benötigt bis zum: _____
(Datum)

Ort, Datum

Name, Unterschrift; Stempel

Eine Bearbeitung kann nur bei Vollständigkeit aller Unterlagen erfolgen!

Angaben zum Stammbaum für die Sprechstunde Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Liebe Ratsuchende,
um Sie in der Sprechstunde Familiärer Brust- und Eierstockkrebs umfassend beraten zu können, bitten wir Sie im Vorfeld um Angaben zu Ihrem Stammbaum.
Bitte reichen Sie dieses Formular mindestens 24h VOR Ihrem Sprechstundentermin unter brca-sprechstunde@charite.de bei uns ein, vielen Dank!

1. Bitte tragen Sie das jeweilige Geburtsdatum ALLER Ihrer Verwandten ein, auch wenn diese NICHT an Krebs erkrankt sind.

2. Wenn eine Verwandte oder ein Verwandter an Krebs erkrankt ist, bitten wir um Angabe des Alters bei der Diagnosestellung.

3. Sollte eine Verwandte oder ein Verwandter an Krebs verstorben sein, bitten wir zusätzlich um Angabe des Sterbedatums.

4. Sollte eine Verwandte an „Unterleibskrebs“ erkrankt sein, bitten wir um möglichst genaue Angaben, ob es sich um Eierstock- oder Gebärmutterkrebs handelt(e).

Verwandtschaftsgrad	Initialen oder m/w	Geburtsdatum	Aktuelles Alter	Krebsart	Alter bei Diagnose	Sterbedatum
Ratsuchende (Sie)						
Ihre Kinder						
Ihre Schwestern und Brüder						
Ihre Mutter						
Ihr Vater						
Geschwister Ihrer Mutter						

Angaben zum Stammbaum für die Sprechstunde Familiärer Brust- und Eierstockkrebs



Verwandtschaftsgrad	Initialen oder m/w	Geburtsdatum	Aktuelles Alter	Krebsart	Alter bei Diagnose	Sterbedatum
Kinder der Geschwister Ihrer Mutter						
Geschwister Ihres Vaters						
Kinder der Geschwister Ihres Vaters						
Eltern Ihrer Mutter						
Geschwister der Eltern Ihrer Mutter						
Eltern Ihres Vaters						
Geschwister der Eltern Ihres Vaters						

Angaben zum Stammbaum für die Sprechstunde Familiärer Brust- und Eierstockkrebs



Verwandtschaftsgrad	Initialen oder m/w	Geburtsdatum	Aktuelles Alter	Krebsart	Alter bei Diagnose	Sterbedatum
Urgroßeltern mütterlicherseits						
Urgroßeltern väterlicherseits						
Weitere Verwandte, nämlich:						

Vielen Dank!

Ihr Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Thema: Angaben zur Anamnese	Campus: <i>CCM, CVK</i>	 Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Charité	
	Geltungsbereich: FBREK-Zentrum Charité und KOOP		

Sprechstundentermin		Initialen		Geburtsdatum	
Größe		Gewicht			
Alter bei erster Periode		Letzte Periode:			
Wechseljahre	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Seit wann?		Hormonpräparate in Wechseljahren? Wie lange?	
Anzahl Schwangerschaften		Anzahl Geburten		Jahre der Geburten	
Pilleneinnahme	ja <input type="checkbox"/> /nein <input type="checkbox"/>	Wieviele Jahre?		Letzte 2 Jahre Pilleneinnahme?	
Mammographie durchgeführt	ja <input type="checkbox"/> /nein <input type="checkbox"/>	Angabe zur Brustdichte?	dichtes Gewebe <input type="checkbox"/> kein dichtes Gewebe <input type="checkbox"/>		
Endometriose?	ja <input type="checkbox"/> /nein <input type="checkbox"/>				
Durchtrennung der Eileiter?	ja <input type="checkbox"/> /nein <input type="checkbox"/>				
Entfernung der Eierstöcke?	ja <input type="checkbox"/> /nein <input type="checkbox"/>				
Entfernung des Brustdrüsengewebes?	ja <input type="checkbox"/> /nein <input type="checkbox"/>				
Operationen					
Eigene Erkrankungen					
Medikamente					
Beruf					
Familienstand					

Seite 6	Revision 4	Freigabe am: 05.05.2020	Erstellt: DS
		Geplante Überprüfung: 23.12.2021	Geprüft: CO, NK Freigegeben: DS



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG zur Durchführung genetischer Untersuchungen gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

?

?

Untersuchte Person (ggf. Etikett)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

?

?

Das Gendiagnostikgesetz verlangt vor genetischen Untersuchungen eine ausführliche Aufklärung und schriftliche Einwilligung sowie vor Testung von Gesunden (prädiktive Testung) zusätzlich eine genetische Beratung. Wir haben mit Ihnen nachstehende Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung geklärt. **Bitte lesen Sie sich diese Einwilligung sorgfältig durch und streichen Sie die für Sie nicht zutreffenden Passagen.**

- Mit meiner Unterschrift gebe ich meine **Einwilligung zu den genetischen Analysen**, die zur Klärung eines erhöhten Risikos für die Erkrankung an Brust-, Eierstock- oder Gebärmutterkrebs und weiteren damit ggf. im Zusammenhang stehenden Tumoren oder Erkrankungen notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/ Gewebeentnahmen.
- Ich wurde von meiner behandelnden Ärzt*in über **Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft** der genetischen Untersuchung aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass sich die genetische Untersuchung nur auf die o.g. Indikation(en) bezieht und in der Regel keine Aussagen über möglicherweise vorliegende andere Risiken oder genetisch-bedingte Erkrankungen zulässt.
- Ebenso wurden die möglichen **Konsequenzen**, die sich aus den Ergebnissen für mich oder auch andere Verwandte ergeben können, besprochen. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen.
- Ich bin mit der **Aufbewahrung von Untersuchungsergebnissen** über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren hinaus einverstanden. Einen Anspruch auf Aufbewahrung erhebe ich nicht.
- Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass **nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial** nach Abschluss der Untersuchung vernichtet wird. Mit meiner Einwilligung darf es jedoch aufbewahrt werden. Einen Anspruch auf Aufbewahrung erhebe ich aber nicht. Ich bin einverstanden mit der Verwendung dieses Materials insbesondere
 - zum Zweck der Nachprüfbarkeit der erhobenen Ergebnisse
 - für künftige neue Diagnosemöglichkeiten für meine o.g. Fragestellung
 - zu sonstigen Zwecken wie Qualitätssicherung, Lehre, Erforschung oder Verbesserung von Diagnostikverfahren
- In seltenen Fällen können klinisch relevante **Zusatzbefunde** auftreten, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen. Diese Zusatzbefunde können für mich oder meine Verwandten möglicherweise eine Konsequenz haben (z.B. Behandlung, Präventionsmaßnahmen). Ich wünsche die Mitteilung solcher Zusatzbefunde, aus denen sich praktische Konsequenzen ableiten lassen.

Widerrufsbelehrung

- Ich kann meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.
- Ich habe das Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen).
- Ich kann das eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen.



Die interdisziplinäre Betreuung am Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Charité erfordert zudem Ihre Einwilligung in folgende Punkte. **Bitte lesen Sie sich diese Einwilligung sorgfältig durch und streichen Sie die für Sie nicht zutreffenden Passagen.**

- Ich bin damit einverstanden, dass die Übermittlung klinischer und genetischer Befunde neben der verantwortlichen ärztlichen Person nach GenDG auch durch in gleicher Weise kompetente verantwortliche ärztliche Personen des Zentrums erfolgen darf.
- Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeitende und Ärzt*innen des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Charité mit mir telefonisch und per E-Mail kommunizieren. Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass diese E-Mails unverschlüsselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versandt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Betreuung nach den Richtlinien des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (interne und externe Gutachten, interne und externe molekulargenetische Befunde) im Krankenhaussystem (aktuell SAP) digital eingescannt und gespeichert werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass erhobene klinische und genetische Befunde durch das interdisziplinäre Team des Zentrums eingesehen werden können.

Zur **Einschätzung Ihres Erkrankungsrisikos** kann in bestimmten Fällen das zertifizierte Programm CanRisk (<https://www.canrisk.org/>) verwendet werden. Dazu werden Ihre berichteten Familiendaten ohne Namen, ohne Geburtsdatum nur mit Geburtsjahr oder Alter sowie ggf. erhobene klinische und genetische Befunde über eine gesicherte Netzverbindung in Cambridge eingegeben und dort nach der Berechnung gelöscht.

- Ich bin damit einverstanden, dass eine Berechnung meines Erkrankungsrisikos mit diesem Programm erfolgen kann, sofern dies medizinisch indiziert ist.
- Ich bin damit einverstanden, dass berechnete Risikozahlen ebenso wie klinische und genetische Untersuchungsbefunde in Arztbriefen/Epikrisen erwähnt werden.

Das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Charité hat in Kooperation mit dem Deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs ein einzigartiges **Recall-System zur Bewertung von Sequenzvarianten** einschließlich Varianten unklarer klinischer Signifikanz etabliert.

- Ich bin damit einverstanden, dass ich ggf. zukünftig bei einer Neubewertung einer bei mir bzw. in meiner Familie nachgewiesenen Sequenzvariante kontaktiert werde.
- Ich willige ein, dass das Studienteam mit Informationen zu wissenschaftlichen Folgeprojekten mit mir Kontakt aufnehmen darf.

Ich bin mit der **Nutzung meiner Untersuchungsergebnisse** für alle Verwandten 1., 2. und 3. Grades einverstanden und entbinde die Mitarbeiter des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Charité von der Schweigepflicht gegenüber diesen Verwandten und meinen Angehörigen (sofern diese Passage gestrichen wird, steht ein gesondertes Formular für detailliertere Angaben zur Entbindung von der Schweigepflicht zur Verfügung).

Ort, Datum:

Ort, Datum:

Unterschrift der untersuchten Person bzw. des
(gesetzlichen) Vertreters

Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

Patient*innenetikett

Name der verantwortlichen ärztlichen Person in
Druckbuchstaben, Etikett oder Stempel

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Teilnahme an der Registerstudie "HerediCaRe" des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Bitte lesen Sie den folgenden Text aufmerksam durch, kreuzen Sie Zutreffendes an und unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung, sofern Sie damit einverstanden sind.

Ich bin durch den unten genannten Arzt über die Ziele, den Ablauf, die Bedeutung, den Nutzen und die Risiken, sowie die datenschutzrechtlichen Aspekte meiner Teilnahme an der o. g. Registerstudie des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs aufgeklärt worden. Ich habe die diesbezügliche schriftliche Patienteninformation erhalten, diese gelesen und verstanden. Alle meine Fragen sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Ich hatte genügend Zeit, um meine Entscheidung zu überdenken und frei zu treffen. Ich weiß, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich willige ein, dass meine Daten, wie in der Patienteninformation beschrieben, im zentralen Register des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs gespeichert und für die genannten medizinischen Forschungszwecke verwendet werden.

Ich willige ein, dass meine Bioproben, wie in der Patienteninformation beschrieben, gewonnen und aufbewahrt werden und für die genannten medizinischen Forschungszwecke verwendet werden. Hierfür stimme ich der eigentumsrechtlichen Übereignung meiner Bioproben an die genannte aufbewahrende Einrichtung zu.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ich willige ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut kontaktiert werde	
<ul style="list-style-type: none"> • zum Zweck der Gewinnung weiterer Daten und Biomaterialien. 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> • zum Zweck einer Erweiterung meiner Einwilligung. 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<ul style="list-style-type: none"> • zum Zweck der Rückmeldung wichtiger gesundheitsrelevanter Ergebnisse in folgenden Fällen: <ul style="list-style-type: none"> ○ wenn spezielle Vorsorgeuntersuchungen oder Therapien angeboten werden können, ○ auch wenn spezielle Vorsorgeuntersuchungen oder Therapien nicht zur Verfügung stehen, ○ wenn das Ergebnis auf eine Anlageträgerschaft für eine erbliche Erkrankung hinweist, die für mich ohne klinische Relevanz ist, aber für meine Nachkommen von Bedeutung sein könnte. 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diese Rückmeldungen sollen erfolgen über die Einrichtung, in der meine Daten gewonnen wurden. Alternativ wünsche ich, dass folgender Arzt die Informationen erhält und mich informiert (bitte angeben):	
Name und Anschrift des/der Arztes/Ärztin:	
.....	

Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Ich bin über den Zweck, den Umfang und die Dauer der personenbezogenen Datenverarbeitung sowie die möglichen Empfänger meiner Daten mündlich und schriftlich informiert worden. Mir wurden die für Datenverarbeitung verantwortlichen Personen und deren Kontaktdaten genannt. Mir wurden die Kontaktdaten der zuständigen Datenschutzbeauftragten genannt. Ich wurde über meine Rechte hinsichtlich des Datenschutzes informiert.

Ich willige ein, dass Mitarbeiter der mich betreuenden klinischen Einrichtung Einblick in meine Original-Krankenunterlagen nehmen und Befundkopien archiviert werden. Ich stimme zu, dass meine medizinischen Daten in pseudonymisierter Form im zentralen Patientenregister des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs gespeichert werden. Sie dürfen zweipseudonymisiert an wissenschaftliche Kooperationspartner zu Zwecken medizinischer Forschung weitergegeben werden. Dies schließt unter Umständen auch die Weitergabe für Forschungsprojekte in Länder außerhalb der EU ein. Dies ist generell zulässig, wenn ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission vorliegt oder behördlich genehmigte Datenschutzklauseln angewendet werden.

Darüber hinaus stimme ich der Weitergabe meiner Bioproben und Daten in Länder außerhalb der EU auch in den Fällen zu, in denen kein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission vorliegt und keine behördlich genehmigten Datenschutzklauseln angewendet werden. Über die möglichen Risiken einer solchen Weitergabe bin ich aufgeklärt worden.

Ja Nein

Des Weiteren ermächtige ich hiermit die für mich zuständigen Krebsregister, Krankenkassen und das Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs Daten zu allen registrierten und meine Person betreffenden Tumorerkrankungen mit detaillierter Diagnose, Tumorstadium, Lokalisation, Therapiemethoden, -verlauf und -abschluss auszutauschen.

Ja Nein

Eine Kopie der Patienteninformation (inkl. Informationen zum Datenschutz) sowie der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original der Einwilligungserklärung verbleibt bei der mich behandelnden klinischen Einrichtung. Die Information für Angehörige wurde mir ausgehändigt.

Bitte in Blockschrift ausfüllen:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Ort/Datum

Unterschrift des/der Ratsuchenden

Datum/ Aufklärende(r) Arzt/Ärztin (Stempel)

Unterschrift aufklärende(r) Arzt/Ärztin

Erreichbarkeit Ihres Zentrums:
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin
Tel. +40 30 450 527 237
E-Mail: brca-sprechstunde@charite.de

Gesprächsleitfaden zur Erstberatung bei Verdacht auf familiäre Belastung

- Stammbaumangaben der Patientin über mindestens drei Generationen mit aktuellem Alter, Erkrankungsalter, Sterbealter und Diagnosen der Betroffenen (Index)**
- Gibt es in der Familie bereits nachgewiesene genetische Mutationen? Ja / Nein**
- Welche? _____
- Bei wem? _____
- nicht-direktive Gesprächsführung nach GenDG– RS wird befragt, ob ausführliche Erläuterung gewünscht**
- Funktion und Bedeutung der Hochrisikogene *BRCA1/2*, Mutationshäufigkeiten**
- Mutationshäufigkeit in der Allgemeinbevölkerung: ca. 1-2 Personen pro 1.000
 - Mutationshäufigkeit bei an Brustkrebs Erkrankten: ca. 5 Personen pro 100 (unselektiert), ca. 20 Personen pro 100 mit familiärer Belastung
 - Mutationshäufigkeit bei an Eierstockkrebs Erkrankten: ca. 8 Personen pro 100 (8%) ohne familiäre Belastung, ca. 40 Personen pro 100 (40%) mit familiärer Belastung
- Funktion und Bedeutung der moderaten Risikogene des TruRisk®-Panels, Informationen zu den weiteren Kerngenen siehe aktuelle Informationen auf Homepage des Dt. Konsortiums „Konsensusempfehlungen“**
<https://www.konsortium-familiaerer-brustkrebs.de/konsensusempfehlung/>
- Erläuterung des Erbgangs (autosomal-dominant, unvollständige Penetranz)**
- d.h. jedes Kind hat eine 50%ige Wahrscheinlichkeit, die Mutation geerbt zu haben
- unvollständige Penetranz=lebenslange Erkrankungsrisiken
- somatische Mutation versus Keimbahnmutationen**



- Jede Keimbahnmutation ist auch prinzipiell im Tumorgewebe vorhanden
- Bestimmte Mutationen (=große Rearrangements) sind derzeit nur im Blut nachweisbar. Daher komplementäre Tumor- und Blutanalyse bei entsprechender Indikation
- Platinsensible Ovarialkarzinomrezidive: ca. >80% der Mutationen im Tumorgewebe sind Keimbahnmutationen

- Erkrankungsrisiken für BC/OC und assoz. Tm, Erläuterung altersspezifisches Risiko**
- Skizzierung der Früherkennungsmaßnahmen (IFNP) und Risikoreduzierenden Maßnahmen**
- evtl. Skizzierung Therapierelevanz bei BC/OC – Platin/PARP-Inhibitor – Wirkungsmechanismus und Verabreichung**

Therapierelevanz beim TNBC

Therapeutische Relevanz bei Frage nach radikalerer OP (ME vs. BET oder kontralat. ME)

- prädiktive Testung von Angehörigen** in der familiären Linie und Entlastung von prädiktiv negativ getesteten Familienmitgliedern - **erfolgt im Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs**

Name der Patientin

Geburtsdatum

A. Patientin oder Patient und deren Geschwister/Kinder	ggf. Anzahl (bitte ankreuzen)	Gewicht- ung	Er- gebnis
Auftreten			
eines Mamma-Karzinoms bei der Patientin vor dem 36. LJ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text" value="3"/>	<input type="checkbox"/>
eines unilateralen Mamma-Karzinoms bei der Patientin vor dem 51. LJ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/>
eines bilateralen Mamma-Karzinoms bei der Patientin, das erste vor dem 51. LJ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text" value="3"/>	<input type="checkbox"/>
eines uni- oder bilateralen Mamma-Karzinoms bei der Patientin nach dem 50. LJ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text" value="1"/>	<input type="checkbox"/>
eines Ovarial-/Tubenkarzinoms oder einer primären Peritonealkarzinose bei der Patientin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/>
eines uni- oder bilateralen Mammakarzinoms bei einem Patienten (mnl.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/>
eines Mamma-Karzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten vor dem 36. LJ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="3"/>	<input type="checkbox"/>
eines unilateralen Mamma-Karzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten vor dem 51. LJ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/>
eines bilat. Mamma-Karzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten, das erste vor dem 51. LJ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="3"/>	<input type="checkbox"/>
eines uni-oder bilat. Mamma-Karzinoms bei Schwestern/Töchtern/Nichten nach dem 50. LJ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="1"/>	<input type="checkbox"/>
eines Mamma-Karzinoms bei Brüdern/Söhnen/Neffen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/>
eines Ovarial/Tubenkarzinoms/primären Peritonealkarzinose bei Schwestern/Töchtern/Nichten	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/>
Summe Patientin und deren Geschwister/Kinder			A <input type="text"/>
B. Weitere mütterliche Linie	Anzahl (bitte ankreuzen)	Gewicht- ung	Er- gebnis
Auftreten			
eines Mamma-Karzinoms bei einer Angehörigen vor dem 36. LJ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="3"/>	<input type="checkbox"/>
eines unilateralen Mamma-Karzinoms bei einer Angehörigen vor dem 51. LJ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/>
eines bilateralen Mamma-Karzinoms bei einer Angehörigen, das erste vor dem 51. LJ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="3"/>	<input type="checkbox"/>
eines uni- oder bilateralen Mamma-Karzinoms bei einer Angehörigen nach dem 50. LJ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="1"/>	<input type="checkbox"/>
eines Mamma-Karzinoms bei einem angehörigen Mann	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/>
eines Ovarial-/Tubenkarzinoms oder einer primären Peritonealkarzinose bei einer Angehörigen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/>
Summe weitere mütterliche Linie			B <input type="text"/>
C. weitere väterliche Linie	Anzahl (bitte ankreuzen)	Gewicht- ung	Er- gebnis
Auftreten			
eines Mamma-Karzinoms bei einer Angehörigen vor dem 36. LJ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="3"/>	<input type="checkbox"/>
eines unilateralen Mamma-Karzinoms bei einer Angehörigen vor dem 51. LJ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/>
eines bilateralen Mamma-Karzinoms bei einer Angehörigen, das erste vor dem 51. LJ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="3"/>	<input type="checkbox"/>
eines uni- oder bilateralen Mamma-Karzinoms bei einer Angehörigen nach dem 50. LJ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="1"/>	<input type="checkbox"/>
eines Mamma-Karzinoms bei einem angehörigen Mann	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/>
eines Ovarial-/Tubenkarzinoms oder einer primären Peritonealkarzinose bei einer Angehörigen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/>
Summe weitere väterliche Linie			C <input type="text"/>
D. Der höhere Wert aus B und C			D <input type="text"/>
E. Summe aus A und D = Risiko-Score		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> >7	A+D <input type="text"/>