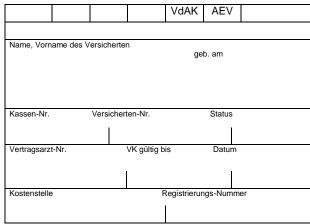


Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Zuständige Ersatzkasse / Krankenkasse



Teilnahmeerklärung an der integrierten Versorgung und zugleich Einwilligungserklärung in die molekularbiologische Analyse, Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial, Datendokumentation und begleitende Forschungsprojekte

Ihre Teilnahme an dieser integrierten Versorgung ist freiwillig und kann daher jederzeit schriftlich (oder ggf. mündlich unter Zeugen) widerrufen werden. Wir haben Sie über den Zweck Ihrer Teilnahme und über die Freiwilligkeit aufgeklärt. Bitte kreuzen Sie daher im Folgenden das Zutreffende an:

Hiermit erkläre ich, dass ich in ausführlichen Beratungsgesprächen über die Möglichkeiten und Grenzen einer Untersuchung von Genen, die für die Entstehung des erblichen Brust- und Eierstockkrebses verantwortlich sind, aufgeklärt worden bin. Es ist möglich, dass durch diese Untersuchung keine weiterführenden Informationen darüber gewonnen werden, wie der Brustkrebs in meiner Familie entstanden ist. Es ist auch möglich, dass Veränderungen gefunden werden, die keinen unmittelbaren Krankheitswert haben oder deren Bedeutung nicht sicher beurteilt werden kann. Falls eine gesicherte krankheitsverursachende Veränderung in einem der beiden bekannten Gene, BRCA1 und BRCA2, nachgewiesen wird, kann diese Information meinen Familienangehörigen helfen, ihr Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, besser zu beurteilen.

Alle Angaben, die ich im Beratungsgespräch gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nur mit meiner Zustimmung an Familienangehörige und behandelnde Ärzte weiter gegeben. Im Beratungsgespräch wurden die Konsequenzen, die sich für mich persönlich ergeben, ausführlich erörtert. Ich versichere, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und derzeit keine weiteren Fragen zu diesem Thema habe.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen des von der Deutschen Krebshilfe und den Krankenkassen geförderten Programmes "Familiärer Brust- und Eierstockkrebs" von mir entnommenes Blut (10 ml EDTA-Blut) und gegebenenfalls von mir aufbewahrtes Gewebematerial auf genetische Veränderungen (Mutationen) in den Genen BRCA1 und BRCA2 untersucht werden, sofern eine solche Untersuchung in meiner Familie oder bei mir zur besseren Beurteilung meines Erkrankungsrisikos möglich ist.* Eventuell von mir vorhandenes Gewebematerial darf von den Ärzten des Zentrums oder von den Referenzpathologen des Projektes, Herrn Prof. Dr. Büttner, Direktor des Pathologischen Institutes der Universität Bonn oder Herrn Prof. Dr. Kreipe, Direktor des Pathologischen Institutes der Universität Hannover zu

einer Zweitbefundung angefordert werden. Ebenfalls dürfen die Befunde Früherkennungsuntersuchungen durch die Referenzradiologen des Projektes, Frau Prof. Dr. Heywang-Köbrunner, Radiologische Klinik der Technischen Universität München und Frau Prof. Dr. Schreer, Brustzentrum der Frauenklinik der Universität Schleswig-Holstein, Campus Kiel einer Zweitbefundung zugeführt und zur Anlegung einer anonymisierten Bildsammlung genutzt werden.

Ich bin auch damit einverstanden, dass die erhobenen Daten ohne Nennung meines Namens in einer zentralen Datenbank am Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie an

erfasst und ausgewertet werden Datenschutzbestimmungen berücks	dürfen. Dabei werde		
Ja		Nein □	
Es gibt starke Hinweise darauf, o BRCA2, weitere Risikogene für E werden, bin ich mit einer Analyse di	Brust- und Eierstockkr	ebs gibt. Sollten	
Ja		Nein □	
Ich stimme auch zu, dass ein T Beendigung der Untersuchungen fit haben zum Ziel, die genetischen eventuell anderer assoziierter Tum und Therapiemöglichkeiten zu sch Proben in pseudonymisierter Form um kooperierende Forschergruppe Pseudonymisierung der Daten bede Daten Ihrer Person nicht zuordne verschlüsselt. Eine Zuordnung der Zentrum möglich und unterlieg Forschungsdaten werden gesonder Herrn Prof. Dr. med. Ulrich Bick, erfordert. Eine Weitergabe an Dritte	ür begleitende Forsc Grundlagen des erblichoren besser zu verste haffen. Für diese Zweiten, die an der Aufdecken, dass dritte Persten können. Dazu weir Nummer zu Ihrer Pott strengen Kontrollet gespeichert und dürftzusammengeführt wei	hungsprojekte chen Brust- und ehen und so becke dürfen meir gestellt werden. Ekung neuer Risonen die eventuerden Ihre Proberson ist nur in en. Personenben nur durch der rden, wenn der	aufbewahrt wird. Diese I Eierstockkrebses und ssere Früherkennungs- ne DNA- und Gewebe- Hierbei handelt es sich ikogene arbeiten. Eine ell durch sie erhobenen en mit einer Nummer dem Sie betreuenden ezogene Daten und n Leiter Ihres Zentrums,
Ja	□ Neir	n 🗆	
Sie haben jederzeit ein Anrecht, über o werden. Wenden Sie sich diesbezüglich			
Diese Teilnahme-/Einwilligungserkläru nachteilige Folgen mit Wirkung für di unverzüglich vernichtet. Die datenschi eine Behandlung im Rahmen der integ	ie Zukunft widerrufen. utzrechtliche Einwilligu	Ihre Proben ur Ing ist unabdingl	nd Daten werden dann
Schriftliche (ggf. mündliche, dann unte Angehörigen:	er Zeugen abgegebene	e) Einwilligung de	es Patienten oder eines
Ort, Datum	Ort, Datu	ım	
Unterschrift und Stempel des Arztes	Untersch	rift des Patienter	n/ Angehörigen

Bedenkzeit

möglich

☐ Testung aufgrund fehlenden Indexpatient in Familie nicht

* derzeit für Ratsuchende nicht zutreffend wegen

Seite 2 von 2