

PATIENTENEINWILLIGUNG

zur Mikrosatelliteninstabilitätsuntersuchung bei erblichem Darmkrebs (HNPCC-Syndrom).

Patient
Name Vorname Geb.-Datum

Anschrift:
Straße/Nr. PLZ/Ort

Wegen der bei Ihnen bestehenden Befundkonstellation und den anamnestischen Angaben besteht der Verdacht auf das Vorliegen einer erblichen Krebserkrankung. Diese kann durch eine immunhistochemische und gegebenenfalls molekularpathologische Untersuchung ihres Tumorgewebes nachgewiesen werden beziehungsweise ausgeschlossen werden.

Wir empfehlen daher eine immunhistochemische bzw. molekularpathologische Abklärung. Sollte sich eine Mikrosatelliteninstabilität nachweisen lassen, ist eine weiterführende humangenetische Beratung und Diagnostik dringend zu empfehlen.

Da es sich um den Nachweis einer Keimbahnmutation handelt, kann eine derartige Untersuchung von uns jedoch erst nach Ihrer schriftlichen Einwilligung durchgeführt werden.

Bitte senden Sie uns dieses Formular unterschrieben zurück, wenn Sie mit dieser Untersuchung einverstanden sind.

Ich wünsche eine Untersuchung meines Tumormaterials hinsichtlich einer Keimbahnmutation:

ja nein

Ort, Datum Unterschrift des Patienten Unterschrift des Arztes

Patientenaufkleber

BITTE DIESES FORMULAR UNTERSCHRIEBEN PER FAX ODER POST ZURÜCKSENDEN FAX: 0621 683485-99