



Auftrag für myChoice® CDxPLUS

Molekularpathologische Untersuchung auf Genomische Instabilität am Tumorgewebe

Name _____

Vorname _____ F ☐ M ☐

Geburtsdatum _____ externe Probennummer _____

Strasse/Nr. _____

PLZ/ Wohnort _____

Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Rechnung an ☐ Auftraggeber ☐ Patient

Klinisch Informationen (vom anfordernden Arzt auszufüllen)

Ich bestätige, dass ich mit der oben genannten Patientin über die angeforderte Untersuchung und die mögliche Tragweite der resultierenden Ergebnisse gesprochen habe.
Die Einverständniserklärung der Patientin wurde unterzeichnet und liegt dem Auftrag bei.

Datum Name anfordernder Arzt (Blockschrift) Unterschrift anfordernder Arzt

Benötigtes Material (von zuständiger Pathologie bereitzustellen)

Bitte übersenden Sie folgende Positionen vollständig an die unten aufgeführte Adresse:

- ☐ dieses Auftragsformular
- ☐ Einverständniserklärung der Patientin
- ☐ Histopathologischer Befund des übersandten Materials
- ☐ Paraffinblock (mind. **30% Tumorgewebe**)
- ☐ HE-Schnitt

Versandadresse: Institut für histologische und zytologische Diagnostik AG Aarau
z.Hd. Dr. med. Steffen Bergelt
Dammweg 1
5000 Aarau

**Das Untersuchungsergebnis und der Gewebeblock werden im Rahmen der normalen Befund-
übermittlung zeitnah an das anfordernde Institut für Pathologie retourniert.**

Name und Stempel des Arztes/Spitals:

Datum der Entnahme:

☐ Mail Bericht: _____
(nur HIN-verschlüsselte Mail-Adressen)

Kopie(n) an: _____



Einverständniserklärung für Myriad myChoice® CDxPLUS

Über Myriad myChoice® CDxPLUS

Myriad myChoice®CDxPLUS ist ein umfassender Test für einen homologen Rekombinationsmangel (HRD). Mit diesem Test können Tumore identifiziert werden, die nicht mehr in der Lage sind, doppelsträngige DNA-Brüche zu reparieren. Dies führt zu einer erhöhten Anfälligkeit für DNA-schädigende Medikamente wie Platin-Medikamente oder PARP-Inhibitoren. Der myChoice® CDxPLUS-Test umfasst die Tumorsequenzierung der BRCA1 und BRCA2 Gene und ein Komposit aus drei proprietären Technologien (Verlust der Heterozygotie, telomeres Allelungleichgewicht und grossräumige Zustandsübergänge).

Für weitere Informationen besuchen Sie: <https://myriad-oncology.com/mychoice-cdx/>

Patientenangaben:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bestätige, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung über die Aspekte einer genetischen Untersuchungsmethode, insbesondere über den Myriad myChoice®CDxPLUS-Test aufgeklärt wurde. Meine Fragen wurden beantwortet und ich habe alles verstanden.

Ich bin mir darüber bewusst, dass dieser Test zurzeit nur bei Myriad Genetics in den USA durchgeführt werden kann.

Nach ausreichender Bedenkzeit gebe ich mit meiner Unterschrift die Einwilligung zur Durchführung der genetischen Analyse und für die Übersendung meines Untersuchungsmaterials und meiner Daten in anonymisierter Form in die USA.

Ich gebe mein Einverständnis, dass mein Untersuchungsmaterial und die erhobenen Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke und Publikationen verwendet werden dürfen.

☐ ja ☐ nein

Ich möchte über Zufallsbefunde mit klinischer Bedeutung ohne Bezug zur Fragestellung informiert werden, wenn:

- Vorsorge und Behandlungsmassnahmen bekannt sind
- bisher keine Therapie bekannt ist

☐ ja ☐ nein
☐ ja ☐ nein

Ich wünsche die Untersuchung auch bei fehlender Kostenübernahme durch die Krankenkasse und trage die Kosten in diesem Falle selbst.

☐ ja ☐ nein

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/Gesetzlicher Vertreter: