

ANFORDERUNGSSCHEIN NGS-Einheit genomDE

Patient (ggf. Patientenetikett)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht

- ☐ w
☐ m
☐ d

Fallnummer: _____

Einsender (Stempel)

Telefon/ FAX Nr. _____

Einwilligung zur Untersuchung von genetischem Material bitte anfügen. (s. S. 2)

Das Labor benötigt eine schriftliche Einwilligung des Patienten, um die Untersuchung durchzuführen.

Probenmaterial

PROBENNAHME

Abnahmedatum _____

ERBLICHE UNTERSUCHUNGEN

- ☐ Blut (EDTA, mind. 7,5ml)
☐ Abstrich Mundschleimhaut

ONKOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

TUMOR:

- ☐ Blut (EDTA, mind. 7,5ml)
☐ FFPE Gewebeschnitt (Anforderung beim Institut für Pathologie)
☐ Sonstiges Material: _____
☐ DNA ☐ extrahiert aus: _____
☐ RNA ☐ Tumorzellgehalt [%]: _____

Für Probenmaterial aus dem Institut für Pathologie

- ☐ Proben-ID: _____

NORMALPROBE:

- ☐ Blut (EDTA, mind. 7,5ml)
☐ Abstrich Mundschleimhaut (bspw. bei Hämatologischen Neoplasien)

Information zum Patienten

- ☐ Transplantation (allogene SZT) ☐ Vorbefunde (ggf. beifügen)

Indikation _____

Angaben zum Kostenträger

- ☐ Stationär ☐ ambulant (Ü-Schein, Muster10) ☐ ambulant (§116b) ☐ ambulant (HSA) ☐ privat

Komplexe Sequenzierungen

- ☐ Exom-Sequenzierung (WES) ☐ onkologisch ☐ erblich
☐ Genom-Sequenzierung (WGS) ☐ onkologisch ☐ erblich

Panel- Sequenzierung

Eine Liste der analysierten Gene befindet sich unter: <https://ngs.med.uni-rostock.de/diagnostik>

SOMATISCHE MUTATIONEN

- ☐ Oncomine Comprehensive Assay Plus (solide Tumore: CDS, Hotspot-Varianten, CNV, Fusionen, TMB, MSI, HRD)
☐ Oncomine Myeloid Assay (myeloische hämatologische Neoplasien: CDS, Hotspot-Varianten, Fusionen)
☐ Sonstige: _____

KEIMBAHNMUTATIONEN

- ☐ Lipid-Stoffwechsel Panel ☐ Lipid Intron Panel (Zusatz-Panel)

Einwilligung zur Untersuchung von genetischem Material

Patient (ggf. Patientenetikett)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bestätige, dass ich durch die/den unten genannten Ärztin/Arzt gemäß den Bestimmungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) umfassend über Art, Umfang und Ziel der geplanten genetischen Untersuchung, die Aussagekraft und Grenzen der Untersuchung, mögliche medizinische, persönliche und familiäre Konsequenzen, mein Recht auf Nichtwissen sowie meine Widerrufsmöglichkeiten aufgeklärt wurde. Mir wurde ausreichend Bedenkzeit eingeräumt.

Mit meiner Unterschrift erteile ich meine freiwillige und informierte Einwilligung zur Durchführung der genetischen Analysen, die zur Klärung der obengenannten klinischen Fragestellung erforderlich sind. Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ich willige ein:

- dass der Untersuchungsauftrag bei medizinischer Notwendigkeit an ein qualifiziertes Kooperationslabor weitergeleitet wird.
☐ ja ☐ nein
- dass das Untersuchungsmaterial im Sinne der diagnostischen Untersuchung zur Aufklärung der o.g. Fragestellung und zum Zweck der Nachprüfbarkeit der erhobenen Ergebnisse (bspw. durch zukünftige neue Untersuchungsmethoden) aufbewahrt wird.
☐ ja ☐ nein
- dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Qualitätssicherung, der studentischen Lehre, der Erforschung der o.g. Erkrankung sowie der Verbesserung der Diagnostik und Behandlung aufbewahrt und verwendet wird.
☐ ja ☐ nein
- dass meine genetischen Daten und Analyseergebnisse über die vorgeschriebene gesetzliche Frist (10 Jahre) hinaus gespeichert werden dürfen. Die genetischen Daten und Analyseergebnisse können auch nach dem gesetzlichen vorgeschriebenen Zeitraum für mich oder meine Angehörigen (bspw. für Kinder) von großer Bedeutung sein. Eine Löschung kann ich jederzeit verlangen, sofern keine gesetzlichen Pflichten entgegenstehen.
☐ ja ☐ nein
- in die pseudonymisierte Nutzung meiner genetischen Daten und Analyseergebnisse für wissenschaftliche Zwecke (bspw. zur Aufklärung von Krankheitsursachen und zur Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten) sowie der anonymisierten Veröffentlichung in wissenschaftlichen Fachzeitschriften.
☐ ja ☐ nein

Zufallsbefunde:

Bei der angeforderten genetischen Analyse können sich **zufällig** Befunde ergeben, die **nicht** mit der o. g. klinischen Fragestellung in Zusammenhang stehen. Es gilt das Recht auf Nichtwissen.

Ich möchte über diese Befunde informiert werden. Mitgeteilt werden nur Zufallsbefunde, aus denen sich praktische Konsequenzen (Therapie, Vorsorgeprogramme) ableiten lassen.

☐ ja ☐ nein

Ort, Datum, Unterschrift (Patient*in / gesetzliche Vertretung)

in auftraggebende*r Ärzt*in (Klarschrift und Unterschrift)