

# Zum Ausfüllen für den Arzt

## Einsendeschein zur genetischen Diagnostik

PROBENANNAHME VON MONTAG BIS SONNTAG!

### Bitte senden an:



**Dr. med. Lana Harder**  
Fachärztin für Humangenetik  
Steenbeker Weg 23  
D-24106 Kiel

Labor-Nr.: \_\_\_\_\_ Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

### Kontakt:

Telefon Sekretariat: 0431 – 260928-0  
Telefon Labor: 0431 – 260928-50  
Fax : 0431 – 260928-13  
E-Mail: institut@tumorgenetik-nord.de  
Internet: www.tumorgenetik-nord.de

### Diagnostische Angaben

Diagnose: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Initialdiagnose  Verlaufskontrolle

Zytogenetischer Vorbefund (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Histologie veranlasst bei: \_\_\_\_\_

### Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: Männlich  Weiblich

### Adresse (nur Privatpatienten):

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Ambulant  Stationär

(bitte Ü-Schein Muster 10 beilegen)

§ 116b  Privat

### Untersuchungsmaterial:

Blut  Knochenmark, KM-Blut  Lymphknoten  Anderes Material: \_\_\_\_\_

### Angeforderte Untersuchung:

#### Zytogenetik

##### Chromosomenanalyse:

(5-7ml Heparin-Knochenmark/Blut, ungekühlt; Lymphknoten bzw. Tumorgewebe in 0,9% Kochsalzlösung oder in RPMI-1640 Medium, ungekühlt)

##### FISH:

(5-7ml Heparin-Knochenmark/Blut, ungekühlt und/oder Knochenmark- und Blutaussstriche luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt, Zytozentrifugen- und Tupfpräparate luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt, Kryokonservierte Gewebeprobe/-schnitte auf Trockeneis, Paraffinschnitte von Gewebeprobe)

##### \*Molekulargenetik (bitte spezifizieren):

(5-7ml EDTA-Knochenmark/Blut, ungekühlt)

##### \*Zytologie:

(Knochenmark- und Blutaussstriche luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt)

##### \*Konventionelle Histologie/Immunhistochemie:

(Gewebe im verschlossenen Gefäß mit 4%igem gepuffertem Formalin)

##### \*Durchflusszytometrie:

(5-7ml EDTA-Knochenmark/Blut, ungekühlt)

\*Diese Untersuchungen werden von z.T. akkreditierten Kooperationspartnern durchgeführt

### Ansprechpartner:

Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Fax-Nummer für die Befundmitteilung: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Name, Stempel und Unterschrift des anfordernden Arztes: \_\_\_\_\_

PATIENTENEINWILLIGUNG BITE AUSFÜLLEN! (SIEHE NÄCHSTE SEITE)

## Zum Ausfüllen für den Patienten

# Einwilligung zur genetischen Analyse, Aufbewahrung und Verwendung des Untersuchungsmaterials

Bitte senden an:



**Dr. med. Lana Harder**  
Fachärztin für Humangenetik  
Steenbeker Weg 23  
D-24106 Kiel

Labor-Nr.: \_\_\_\_\_ Eingangsdatum: \_\_\_\_\_

Kontakt:

Telefon Sekretariat: 0431 – 260928-0  
Telefon Labor: 0431 – 260928-50  
Fax : 0431 – 260928-13  
E-Mail: institut@tumorgenetik-nord.de  
Internet: www.tumorgenetik-nord.de

### Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: Männlich  Weiblich

Adresse:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

### Einwilligung zur angeforderten medizinischen Diagnostik

Bei Ihnen besteht der Verdacht auf eine Erkrankung, die möglicherweise mit genetischen Veränderungen der betroffenen Zellen einhergeht. Um diesen Verdacht abzuklären, wurde Ihnen Untersuchungsmaterial (Blut, Knochenmark oder Gewebe) entnommen, das

auf nicht erbliche genetische Veränderungen (sog. somatische Mutationen) untersucht werden soll. Je nach Fragestellung werden dazu aus Ihrem Untersuchungsmaterial die Chromosomen und/oder das Erbmaterial (DNS) untersucht. Dabei können auch erbliche

genetische Veränderungen entdeckt werden, die für Sie und nahe Verwandte von Bedeutung sein könnten. In dem Fall würden Sie von Ihrem behandelnden Arzt/Ärztin über die Bedeutung der Veränderungen informiert werden, wenn Sie dies wünschen.

### Einwilligung für zusätzliche Forschungszwecke und Publikation der Ergebnisse

Ihr Untersuchungsmaterial wird eine gewisse Zeit zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse aufbewahrt. Danach kann es für die Forschung der bei Ihnen vermuteten und ähnlichen Erkrankungen von größtem Wert sein. Unsere Forschung dient insbesondere der Verbesserung der Erkennung und Behandlung der bei Ihnen vermuteten bzw. bekannten Erkrankung. Sie selbst werden von diesen Untersuchungen

wahrscheinlich keinen direkten praktischen Nutzen haben. Aber möglicherweise könnten andere Patienten in der Zukunft von den Ergebnissen profitieren. Eine wissenschaftliche Verwendung Ihrer Untersuchungsergebnisse und/oder Ihres Untersuchungsmaterials (ggf. zusammen mit wissenschaftlichen Kooperationspartnern) erfolgt außerhalb unseres

Institutes nur in anonymisierter Form, die keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person zulässt. Alle Angaben und Untersuchungsergebnisse mit Personenbezug unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Selbstverständlich können Sie Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos zurückziehen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile erwachsen.

- Ich bestätige meine Einwilligung in die geplante genetische Untersuchung. Über die Bedeutung und mögliche Konsequenzen dieser Untersuchung wurde ich von meinem behandelnden Arzt/Ärztin aufgeklärt.
- Ich stimme der Verwendung des Untersuchungsmaterials für wissenschaftliche Zwecke und der Publikation der erhobenen Ergebnisse zu.
- Ich bin auch damit einverstanden, dass die mich betreuenden Ärzte und die von ihnen beauftragten medizinischen Einrichtungen die Befunde zu meiner in Frage stehenden Erkrankungen einander zugänglich machen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in / Vertreter/in: \_\_\_\_\_