

# 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: 04 31 – 26 09 28-0  
Telefon Labor: 04 31 – 26 09 28-50  
Fax : 04 31 – 26 09 28-13  
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: \_\_\_\_\_

Männlich  Weiblich

Adresse (nur Privatpatienten):

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

Ambulant  Stationär

(bitte Ü-Schein Muster 10 beilegen)

§ 116b  Privat

Untersuchungsmaterial:

Blut  Knochenmark  Lymphknoten  Anderes Material: \_\_\_\_\_

Angeforderte Untersuchungen:

**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 Blutausrichtriche luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt, Zytocentrifugen- 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 Blutausrichtriche 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 BITTE AUSFÜLLEN! (SIEHE NÄCHSTE SEITE)

# 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

Kontakt:

Telefon Sekretariat: 04 31 – 26 09 28-0  
Telefon Labor: 04 31 – 26 09 28-50  
Fax : 04 31 – 26 09 28-13  
E-Mail: institut@tumorgenetik-nord.de  
Internet: www.tumorgenetik-nord.de

## Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Geschlecht: Männlich  Weiblich

## 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 Erbmateriale (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 Erforschung 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 sowie der vorstehenden Datenschutzerklärung 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 Erkrankung einander zugänglich machen, ggf. auch per Fax oder e-Mail.
- Ich möchte über alle bei mir nachgewiesenen erblichen genetischen Veränderungen informiert werden.

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