



Einverständniserklärung

zur molekulargenetischen Analyse und zur Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials

Die bei Ihnen erhobenen Befunde legen nach Einschätzung Ihres behandelnden Arztes den Verdacht auf eine Erkrankung im Blut und/oder Knochenmark nahe, welche oftmals mit erworbenen genetischen Veränderungen einhergehen.

Um dies genauer abzuklären wurde Ihnen Blut bzw. Knochenmark, Speichel, Harn, Stuhl oder eine andere Gewebeprobe (Biopsie) entnommen. Aus dem Material werden Nukleinsäuren (DNA/RNA) isoliert, und auf Tumormutationen die nach aktuellem Kenntnisstand mit ihrer Erkrankung in Zusammenhang stehen, untersucht.

Die durchgeführten Auswertungen sind primär auf erworbene Mutationen/Veränderungen des Untersuchungsmaterials ausgerichtet. Im Rahmen dieser Untersuchungen können Keimbahnmutationen bekannter oder noch unbekannter Bedeutung detektiert werden. Sollte dies der Fall sein wird sie ihr behandelnder Arzt darüber informieren und ggf. weitere sich daraus ergebende Schritte mit Ihnen besprechen.

Überschüssiges Material wird aufbewahrt um ggf. eine Re-analyse gewährleisten zu können. Ein Teil dieses Untersuchungsmaterials und klinischer Daten könnte ggf. zum Zwecke der medizinisch-genetischen Grundlagenforschung verwendet werden und somit eine wichtige Hilfe in diesem Bereich darstellen um neue Erkenntnisse über die prognostische Bedeutung von Mutationen für Ihre Erkrankung zu gewinnen. Die hieraus entstehenden Daten und Auswertungen (ggf. mit wissenschaftlichen Kooperationspartnern) würden ausschließlich in anonymisierter Form verwendet werden, sodass eine Zuordnung zur Person durch Dritte nicht möglich ist.

Über die Bedeutung und die möglichen Konsequenzen der angeforderten Untersuchung(en) wurden Sie von Ihrem behandelnden Arzt aufgeklärt. Alle Ihre Angaben sowie auch die Analyseergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Patientenetikett (Vor/Nachname, Geburtsdatum)

- Ich stimme zu
 Ich stimme nicht zu (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Patient:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Anfordernder Arzt:

Datum: _____ Unterschrift: _____