

Charité | Campus Mitte | 10117 Berlin

<b>Patienteninformation (Etikett)</b>		<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w
Name:	.....	Vorname:	.....
Geb.:	.....	Telefon:	.....
Straße: .....			
PLZ: .....		Ort: .....	
Versicherungsstatus:		<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> Wahlleistung
Besuchsart:		<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär

### Institut für Neuropathologie

Direktor: Prof. Dr. Frank Heppner

Charitéplatz 1 | 10117 Berlin  
Interne Adresse: Virchowweg 15

Tel. +49 (0) 30 450 536 042 /-045 /-032  
Fax +49 (0) 30 450 536 940  
neuropathologie@charite.de  
<https://neuropathologie.charite.de>

## Antrag auf molekularpathologische Begutachtung

Diagnose	
Probenmaterial	<input type="checkbox"/> Tumorgewebe <input type="checkbox"/> zusätzlich EDTA Blut
Next-Generation Sequencing (NGS) Methode	<input type="checkbox"/> TSO500 DNA + RNA (Mutationen, TMB, MSI, Fusionen)
Kommentar	

## Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen

**Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung. Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:**

<p>Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass von mir bzw. meinem Kind entnommenes Tumorgewebe und/oder Blut bzw. andere Körperflüssigkeiten (z.B. Liquor/Hirnflüssigkeit) auf genetische Veränderungen untersucht wird. Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt. Mir wurde erklärt, dass die Untersuchung primär dem Nachweis von genetischen Veränderungen in den Tumorzellen dient, es sich jedoch technisch bedingt nicht immer vermeiden lässt, dass auch erbliche Veränderungen in der Keimbahn als Zufallsbefunde detektiert werden. Mögliche Konsequenzen, die sich aus den Ergebnissen der genetischen Untersuchung für mich oder auch andere Familienmitglieder ergeben könnten, wurden mit mir besprochen.</p>	
<p>Bei genetischen Untersuchungen kann es zu Ergebnissen kommen, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sogenannte Zufallsbefunde). Ich bitte auch um Mitteilung von Zufallsbefunden.</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Mit der Aufbewahrung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für ggf. ergänzende Untersuchungen zur Diagnosefindung, für wissenschaftliche Fragestellungen und für laboranalytische Kontrollmaßnahmen bin ich einverstanden.  ja  nein

Ich bin einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden können.  ja  nein

Ich bin einverstanden, dass erhobene Daten/Ergebnisse über die infrage stehende Erkrankung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke genutzt und anonymisiert in Fachzeitschriften veröffentlicht werden.  ja  nein

Ich bin einverstanden, dass zur Unterstützung der personalisierten Therapieauswahl für Krebspatienten meine genetischen Daten in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form analysiert werden, derzeit mit der Software Molecular Health Guide® (Medizinprodukt mit EU Zulassung).  ja  nein

Ich bin einverstanden, dass meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten zweckgebunden zur Erstellung einer Zweitmeinung, zur Vorstellung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz und/oder für notwendige, weiterführende Diagnostik weitergeleitet, verarbeitet und elektronisch gespeichert werden dürfen.  ja  nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen, die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschl. aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

.....  
Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in) (Druckbuchstaben)

.....  
Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in) (Datum, Unterschrift)

.....  
Ärztin/Arzt (Druckbuchstaben)

.....  
Ärztin/Arzt (Datum, Unterschrift)