

<b>PATIENT*INNENDATEN (oder Aufkleber)</b>	<b>EINSENDER*IN</b>
Name: _____	Kontaktdaten oder Stempel
Vorname: _____	
Geburtsdatum: _____	
Anschrift: _____	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	

**ANFORDERUNG MOLEKULARGENETISCHE DIAGNOSTIK**  EILT

**PROBENINFORMATIONEN**

- EDTA-Blut  FFPE-Gewebe \_\_\_\_\_  
 DNA aus \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_ Abnahmedatum \_\_\_\_\_  
 Frischgewebe  Zweitprobe (B-Probe) anbei \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

**KOSTENTRÄGER** \*: Genetische Laboranalysen der EBM-Kapitel 11 und 19 (Humangenetik und Tumorgenetik) belasten **nicht** das Laborbudget oder den Wirtschaftlichkeitsbonus

- GKV ambulant (Überweisungsschein Muster 10 liegt bei) \*  PKV stationär  
 §116b/ASV ambulant  PKV ambulant  
 GKV stationär – Rechnung an einsendende Klinik  Selbstzahler

**PATIENT\*INNENDATEN** Vorbefunde ggf. in Kopie beilegen

- Patient\*in erkrankt:  Ja  Nein    Pränatale Diagnostik:  Ja  Nein    Geschlecht Patient\*in:  m  w  
 Prädiktive Diagnostik:  Ja  Nein    Schwangerschaft:  Ja  Nein    Vorbefunde Patient\*in:  Ja  Nein  
 Carrier-Test:  Ja  Nein    SSW: \_\_\_\_\_    Vorbefunde Angehörige:  Ja  Nein

**FRAGESTELLUNG**

Anamnese / Indikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Familienanamnese / Stammbaum:

**EINWILLIGUNG NACH GENDIAGNOSTIKGESETZ (für Keimbahnuntersuchungen)**

Ich wurde durch meine\*n behandelnde\*n Ärzt\*in über Wesen, Bedeutung und Tragweite der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt. Mir ist bekannt, dass das Untersuchungsergebnis ausschließlich an meine\*n behandelnde\*n Ärzt\*in übermittelt wird. Ich stimme nach ausreichender Bedenkzeit zu, dass an dem entnommenen Material die hier angeforderte genetische Untersuchung vorgenommen wird. Darüber hinaus stimme ich zu, dass:

- der Untersuchungsauftrag oder ein -teilauftrag bei Bedarf an ein kooperierendes externes Labor weitergeleitet werden darf.  Ja  Nein  
 das überschüssige Untersuchungsmaterial nach Abschluss der angeforderten Diagnostik aufbewahrt und zu Zwecken der laborinternen Qualitätssicherung oder für zukünftige Diagnostikanforderungen verwendet werden darf.  Ja  Nein  
 die Untersuchungsdaten und -ergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden dürfen.  Ja  Nein  
 das überschüssige Untersuchungsmaterial und die Untersuchungsergebnisse zur Ursachenforschung und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet und mit Kooperationspartnern geteilt werden dürfen. Dies beinhaltet die Veröffentlichung von Forschungsergebnissen in pseudonymisierter Form in Fachzeitschriften oder genetischen Datenbanken.  Ja  Nein

**MITTEILUNG VON ZUFALLSBEFUNDEN**

Zufallsbefunde sind Erkenntnisse aus einer genetischen Untersuchung, die nicht in erkennbarem Zusammenhang mit der klinischen Fragestellung stehen, aber dennoch eine medizinische Relevanz haben können. Es findet keine gezielte Suche nach eventuellen Zufallsbefunden statt. Ich wünsche die Mitteilung von Zufallsbefunden,

- wenn diese auf ein Risiko für eine Krankheit hindeuten, welche behandelbar ist oder für die eine effektive Vorsorge existiert.  Ja  Nein  
 wenn diese auf ein Risiko für eine nicht-behandelbare Krankheit hindeuten, für die keine effektive Vorsorge existiert.  Ja  Nein  
 wenn diese ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für Nachkommen der anlagetragenden Person, nicht aber für die Person selbst bedeuten („Anlageträgerschaft“ oder „Carrierstatus“).  Ja  Nein

**Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder in Teilen gegenüber dem/der aufklärenden Arzt/Ärztin oder gegenüber der Core Unit Genomics (genomics-coreunit@med.uni-greifswald.de) widerrufen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  
**X**  
Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in)

\_\_\_\_\_  
Name aufklärende(r) Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  
**X**  
Unterschrift aufklärende(r) Arzt/Ärztin

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

<sup>K</sup> Es handelt es sich um eine Keimbahnanalyse. Wir benötigen hierfür eine Einwilligungserklärung des Patienten nach Gendiagnostikgesetz (siehe Seite 1).

Nachfolgend erläuterte Analysebestandteile sind optional und können, falls nicht gewünscht, durchgestrichen werden:

<sup>TMB</sup> inkl. Berechnung der Tumormutationslast / Tumor mutational burden

<sup>MSI</sup> inkl. Berechnung der Mikrosatelliteninstabilität mittels spezialisierter NGS-Datenanalyse

<sup>HRD</sup> inkl. Berechnung des HRD/GIS-Wertes (Homologous Recombination Deficiency/Genomic Instability Score) mittels spezialisierter NGS-Datenanalyse

<sup>CNV</sup> inkl. NGS-basierter Deletions-/Duplikationsanalyse

## TUMORGENETISCHE DIAGNOSTIK

### TruSight Oncology 500 (Illumina® TSO500)

Untersuchungsumfang s. Anhang

nur Tumoranalyse (DNA) <sup>TMB, MSI, HRD, CNV</sup>

nur Tumoranalyse (DNA+RNA) <sup>TMB, MSI, HRD, CNV</sup>

### Exomsequenzierung (WES)

nur Tumoranalyse (DNA) <sup>TMB, MSI, CNV</sup>

nur Tumoranalyse (DNA+RNA) <sup>TMB, MSI, CNV</sup>

Tumor- (DNA) und Keimbahnanalyse <sup>K, TMB, MSI, CNV</sup>

Tumor- (DNA+RNA) und Keimbahnanalyse <sup>K, TMB, MSI, CNV</sup>

### Genomsequenzierung (WGS)

Tumor- (DNA) und Keimbahnanalyse <sup>K, TMB, MSI, HRD, CNV</sup>

Tumor- (DNA+RNA) und Keimbahnanalyse <sup>K, TMB, MSI, HRD, CNV</sup>