

Fachbereich Medizin, Hämatologie, 35033 Marburg

**Zentrum Innere Medizin**

Verantwortlich:

**Hämatologie, Onkologie, Immunologie**

PD Dr. C. Brendel; Tel. 06421-5865061

**Direktor: Prof. Dr. Andreas Neubauer**

Hausanschrift: Baldingerstraße, 35043 Marburg

Postanschrift: 35032 Marburg

Internet: [www.med.uni-marburg.de/haemonko](http://www.med.uni-marburg.de/haemonko)

e-Mail: [neubauer@mailers.uni-marburg.de](mailto:neubauer@mailers.uni-marburg.de)

Telefon: (06421) 58 6 6273

Telefax (06421) 58 6 6358

**Patienten-Etikett aufkleben!**

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

geb.: \_\_\_\_\_

Pat.-ID., Fall-Nr.: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung**

zur zytomorphologischen, immunphänotypischen, oder molekulargenetischen Analyse und zur Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials.

Aufgrund der Ihnen zu Grunde liegenden Befunde vermuten Ihre behandelnden Ärzte das Vorliegen einer genetischen Erkrankung des Blutes oder des Knochenmarks bzw. eine bösartige Tumorerkrankung. Blut, Knochenmark oder anderes Gewebe wurde Ihnen entnommen und soll an unser Speziallabor versendet werden, um zu einer Diagnose zu kommen. Aus dem Blut- oder dem Knochenmarks- bzw. Tumormaterial werden je nach Anfrage Nukleinsäuren isoliert und auf genetische Veränderungen (Mutationen) hin untersucht. Dabei können nebenbei unter Umständen auch angeborene Veränderungen der Erbinformation festgestellt werden. Diese sind für Sie sehr wahrscheinlich ohne Krankheitswert, können jedoch möglicherweise für Ihre Nachkommen relevant sein. Überschüssiges Material wird zum Zwecke der Überprüfbarkeit der Ergebnisse und für etwaige Nachforderungen von Zusatzuntersuchungen durch Ihre behandelnden Ärzte aufbewahrt. Dieses Material kann auch für die Forschungs- und Entwicklungsarbeit auf dem Gebiet der medizinischen-molekulargenetischen Diagnostik eine wichtige Hilfe darstellen. Für diese Zwecke könnte deshalb das Untersuchungsmaterial verwendet werden. Im Falle wissenschaftlicher Untersuchungen und Auswertungen (ggf. zusammen mit wissenschaftlichen Kooperationspartnern) werden Ihre Daten ausschließlich in anonymisierter Form verwendet.

Über die Bedeutung und mögliche Konsequenzen dieser Untersuchungen wurden Sie von Ihrem behandelnden Arzt aufgeklärt. Alle ihre Angaben sowie die Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich wünsche eine Durchführung der von meinem Arzt zur weiteren Abklärung empfohlenen Analysen.

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

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

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich stimme auch der Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke und der vorstehenden Datenschutzerklärung zu.

Ja ( )

Nein ( )

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Erstellt: 12.09.2016	Geprüft: 12.09.2016	Freigabe: 12.09.2016
Gez. Dr. Elisabeth Mack	Gez. PD Dr. Cornelia Brendel	Gez. Prof. Dr. Andreas Neubauer

Fachbereich Medizin, Hämatologie, 35032 Marburg

**Zentrum Innere Medizin**

Verantwortlich:

PD Dr. C. Brendel; Tel. 06421-5865061

Dr. E. Mack, Tel. 06421-5861154

**Hämatologie, Onkologie, Immunologie**

**Direktor: Prof. Dr. Andreas Neubauer**

Hausanschrift: Baldingerstraße 35043 Marburg

**Patienten-Etikett aufkleben!**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 geb.: \_\_\_\_\_  
 Pat.-ID., Fall-Nr.: \_\_\_\_\_

Postanschrift: 35032 Marburg

Internet: [www.med.uni-marburg.de/haemonko](http://www.med.uni-marburg.de/haemonko)

e-Mail: [neubauer@mail.uni-marburg.de](mailto:neubauer@mail.uni-marburg.de)

Telefon: (06421) 58 6 6273

Telefax (06421) 58 6 6358

**Mutationsanalyse durch *Next Generation Sequencing* (NGS)**

**Einwilligungserklärung**

Hiermit stimme ich der Untersuchung von Zellmaterial, welches mir entnommen wurde, zu. Meine Proben dürfen zur Durchführung einer

- Chromosomenanalyse
- Mutationsanalyse

mittels *Next Generation* DNA-Sequenzierung untersucht werden (zutreffendes bitte ankreuzen).

Ich wurde von Frau/Herrn (Dr. med.) \_\_\_\_\_ ausführlich und verständlich mündlich und schriftlich über die o.g. Untersuchungsmethode informiert. Ich stimme auch der Verwendung meiner Proben zu wissenschaftlichen Zwecken zu. JA ( ) Nein ( ).

Meine Daten sollen in diesem Fall nur pseudonymisiert verwendet werden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen für mich zurückziehen kann.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
 Name Patient/in in DRUCKBUCHSTABEN

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
 Name Arzt/Ärztin in DRUCKBUCHSTABEN