

# UNTERSUCHUNGSauftrag

Patientenaufkleber

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w  d

Adresse \_\_\_\_\_

Anfordernde/r Ärztin / Arzt (oder Stempel)

Versicherungsstatus  Kasse Ü-Schein (Muster 10)  §116b  Privat  BG  
 stationär  ambulant

Material: Datum der Entnahme: \_\_\_\_\_

- Peripheres Blut (15ml)
- Knochenmark (> 10ml) + Peripheres Blut  
*Inkl. Ausstriche Knochenmark (n=4-6)*
- sonstiges Material: \_\_\_\_\_

- Untersuchung:
- Morphologie und Durchflusszytometrie / FACS - - - - - EDTA
  - Molekulargenetik (PCR / NGS / Mutationsanalyse) - - - - - EDTA
  - Zytogenetik (Chromosomenbandenanalyse) - - - - - Heparin
  - FISH-Diagnostik - - - - - EDTA oder Heparin
  - Histologie - - - - - gepufferte Formalinlösung

Klinische Angaben:  LK-Schwellungen  Splenomegalie  B-Symptomatik  Infektneigung  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Therapie /  
Medikamente: \_\_\_\_\_

Verdachts- /  
Diagnose,  
Fragestellung: \_\_\_\_\_

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

## **zur morphologischen, immunphänotypischen, genetischen oder molekulargenetischen Untersuchung und zur Aufbewahrung von Proben.**

Nach Einschätzung Ihres behandelnden Arztes besteht der Verdacht auf eine Erkrankung des blutbildenden Systems, welches unter Umständen mit genetischen Veränderungen im Blut und/oder Knochenmark einhergeht. Zur Abklärung wurde Ihnen Blut bzw. Knochenmark oder ein anderes Gewebe entnommen. Dieses Material soll zu einer genaueren Analyse in das Speziallabor der o.g. Berufsausübungsgemeinschaft gesendet werden. Aus dem Material werden je nach Fragestellung und individueller Notwendigkeit Chromosomen und/oder Nukleinsäuren (DNA, RNA) isoliert und auf genetische Veränderungen in den Blut- oder Knochenmarkzellen hin analysiert. Bei bestimmten spezifischen Untersuchungen kann es erforderlich sein, dass wir einen Teil Ihrer Proben und personenbezogenen Daten an ein Kooperationslabor weiterleiten.

Dabei könnten u. a. angeborene chromosomale Auffälligkeiten entdeckt werden, die für Sie selbst wahrscheinlich ohne Krankheitswert sind, die jedoch für Ihre Nachkommen relevant sein könnten. Überschüssiges Material wird zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse als Rückstellprobe für bis zu 10 Jahre aufbewahrt. Ihr Material kann auch für die Verbesserung der medizinischen-genetischen Diagnostik und Behandlung Ihrer Erkrankung im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungsarbeit hilfreich sein. Im Falle einer solchen Verwendung (ggf. zusammen mit wissenschaftlichen Kooperationspartnern) werden Ihre Daten ausschließlich in anonymisierter Form verwendet.

Gemäß Erwägungsgrund 33 der EU Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) können Sie Ihre Einwilligung auch nur für bestimmte Bereiche der Forschung erteilen. Für anonymisierte Daten, welche für wissenschaftliche Zwecke erhoben wurden, ist keine Löschung vorgesehen. Rechtliche Grundlagen für die Verwendung Ihrer Daten finden sich in Art. 9 Abs. 2 j. i. V. m. Art. 89 Abs. 1 EU DSGVO sowie in den Erwägungsgründen 53, 156, 157 und 159 sowie § 27 Bundesdatenschutzgesetz.

Gemäß § 27 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz ist es rechtlich, unter Wahrung der nationalen Verarbeitungsvorschriften, erlaubt, Daten ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke zu erheben.

Alle Ihre persönlichen Angaben sowie die Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die personenbezogenen Daten und erhobenen Befunde im Falle einer Weiterleitung an das Kooperationslabor übermittelt werden dürfen.

Gemäß dem Gendiagnostikgesetz beim Menschen bin ich über genetische Untersuchungen sowie deren Möglichkeiten und Grenzen ausführlich aufgeklärt worden. Die Untersuchungsergebnisse werden Ihnen von Ihrem behandelnden Arzt mitgeteilt.

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

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

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Darüber hinaus erkläre ich mein Einverständnis, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke sowie für die Entwicklung diagnostischer Tests unter Einhaltung der bestehenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen verwendet werden darf.**

Ja      Nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit und ohne Begründungsnachweis schriftlich zu widerrufen.  
Per Mail an [info@lab-ho.com](mailto:info@lab-ho.com) oder per Fax an 06221 – 648 99 99