

Name, Vorname des Versicherten			geb. am		
Adresse					
Kassennr.		Versichertenr.		Status	
Vertragsartnr.		VK gültig bis		Datum	

Barcode

Arztstempel und Unterschrift

## Onkogenetischer Untersuchungsantrag der AML BFM Studie

**Institut für Humangenetik**  
**Prof. Dr. med. Brigitte Schlegelberger**  
**Fachärztin für Humangenetik**

Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
www.mh-hannover.de/humanogenetik.html



**Molekulargenetik Tel.: 532-5096 / 9430 oder 4534**

**Zytogenetik Tel.: 532-4515/4516, FAX: 532-4519**

Material:  Heparin-Knochenmark  Heparinblut  Sonstiges (z.B. DNA): \_\_\_\_\_  
 EDTA-Knochenmark  EDTA\_Blut

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Anamnese:  Initial  Rezidiv  nach SZT  MRD  \_\_\_\_\_

Blasten im Knochenmark: \_\_\_\_\_ % Blasten im peripheren Blut: \_\_\_\_\_ %

**Molekulargenetik**  **Zytogenetik**

### Untersuchung folgender Gene:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gensignatur gemäß Studie | <input type="checkbox"/> CBFβ/MYH11  |
| <input type="checkbox"/> GATA 1                   | <input type="checkbox"/> AML1/ETO  |
| <input type="checkbox"/> GATA 1 HRM               | <input type="checkbox"/> MLL-Rearrangement   |
|   | <input type="checkbox"/> AF10 <input type="checkbox"/> AF9 <input type="checkbox"/> Other: _____ |
|   | <input type="checkbox"/> PML-Rarα  |
|   | <input type="checkbox"/> Trisomie 21   |

**Befunde werden nachrichtlich verschickt an:**  
**Prof. Dr. med. D. Reinhardt, Klinik für Kinderheilkunde III, Essen**

#### Einverständnis des Patienten/der Patientin/des (gesetzl.) Vertreters (gem. GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung)

– bzw. ggf. Kopie einer gem. GenDG verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung.  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme. **Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden.** Sie können ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial überlasse ich hiermit dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat, für eine ggf. erforderliche oder gewünschte Überprüfung des Ergebnisses, weiterführende genetische Untersuchungen zur Diagnosefindung, laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen, Lehre oder wissenschaftliche Zwecke. Mit der Asservierung von DNA/Plasma aus einer EDTA-Blutprobe von mir in der Biobank der MHH für Forschungszwecke bin ich einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.  
**(Nichtzutreffendes bitte streichen)**

Gegebenenfalls bestätigt die laut GenDG verantwortliche ärztliche Person mit ihrer Unterschrift, dass ihr die Einverständniserklärung vorliegt.

**- Eine Kopie dieses Auftrags habe ich erhalten –**

Ort Datum Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes  
\* nicht Zutreffendes bitte streichen