

Patient / Patientin

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

☐ männlich

☐ weiblich

Externe ID:

Aufklärender Arzt / aufklärende Ärztin

Titel:

Name:

Vorname:

E-Mail:

Nach deutschem Gendiagnostikgesetz (GenDG) wird der Befund der genetischen Untersuchung dem aufklärenden Arzt / der aufklärenden Ärztin übermittelt.

Einwilligungserklärung

Mit dieser Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und unter Kenntnis meines Widerrufsrechts meine Einwilligung mit der / den genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Probenentnahme.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten und die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet und ggf. in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert und der Untersuchungsauftrag oder Teile davon, falls erforderlich, an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Ich bin einverstanden, dass meine Untersuchungsergebnisse innerhalb des Aufbewahrungszeitraumes neu bewertet werden können. Bei Änderungen wird mein Arzt per E-Mail informiert.

Ich willige hiermit ein, dass alle erhobenen Daten von der LIQOMICS GmbH elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.

Einsender / Klinik

Einrichtung:

Straße / Nr.:

PLZ / Stadt:

Land:

Telefon:

Ust-IdNr.:

Sofern Sie eine Umsatzsteuer-Identifikationsnummer besitzen, geben Sie diese bitte an.

Hinweis

Wir aktualisieren unsere Tests in regelmäßigen Abständen gemäß dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Wir weisen daher darauf hin, dass sich die Zusammensetzung von Genen eines Gen-Sets zum Zeitpunkt der Laboranalyse geringfügig geändert haben könnte (Hinzu-/ Wegnahme von Genen).

Mit der Unterschrift des Arztes auf dem Einsendeformular erklärt sich dieser auch mit einer ggf. geänderten Zusammensetzung des angeforderten Gen-Sets einverstanden. Wir behalten uns vor, über die zum Einsatz kommende Sequenzier-Technologie individuell zu entscheiden. Wir weisen darauf hin, dass bei Anforderung von Diagnostik aus technischen Gründen in manchen Fällen gegebenenfalls mehr als die angeforderten Gene sequenziert werden.

Ich erteile meine Einwilligung zur Anforderung von Befunden und Tumormaterial.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Als behandelnder Arzt/ behandelnde Ärztin bestätige ich, dass ich qualifiziert bin die genetische Diagnostik des o.g. Patienten zu beauftragen. Bei Diagnostik für Minderjährige bestätige ich das Vorliegen des Einverständnisses aller Sorgeberechtigten.

Sofern der Patient das Einsendeformular nicht unterschrieben hat: Als behandelnder Arzt / behandelnde Ärztin bestätige und versichere ich, den Patienten gemäß Gendiagnostikgesetz über die genetische Untersuchung aufgeklärt zu haben und dass mir die Einwilligung des Patienten schriftlich vorliegt.

Rechnungsanschrift

☐ Einsender / Klinik

Bei Abweichung:

Name:

Vorname:

Einrichtung:

Straße / Nr.:

PLZ / Stadt:

Land:

Im Folgenden wird ein Nichtankreuzen wie „Nein“ gewertet.

Mit der Aufbewahrung von Probenmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit, der Qualitätssicherung bzw. für ergänzende Untersuchungen (für max. 10 Jahre) bin ich einverstanden.

☐ Ja☐ Nein

Mit der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial und / oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke inkl. Publikationen in pseudonymisierter Form bin ich einverstanden.

☐ Ja☐ Nein

Patient(in) / Vertreter(in)
(Druckbuchstaben)

Arzt / Ärztin
(Druckbuchstaben)

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

Arzt / Ärztin
(Datum, Unterschrift)

Über Zusatzbefunde möchte ich informiert werden:

☐ Ja☐ Nein

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode

Erläuterung: In seltenen Fällen können genetische Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sog. Zusatzbefunde). Sollten keine Zusatzbefunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken. Die Ergebnisse sollten im Rahmen einer genetischen Beratung besprochen werden.

Intern - durch LIQOMICS auszufüllen:

Patienten ID:

Zeitpunkt:

Für die gezielte Bearbeitung bitten wir Sie, den Anamnesebogen so ausführlich wie möglich auszufüllen und die Ihnen vorliegenden Arztbriefe und Befunde in Kopie beizulegen.

Indikation / Verdachtsdiagnose / Krankheitsverlauf**Bereits veranlasste / durchgeführte Genanalysen**☐ Arztbrief beigelegt☐ Befund der Pathologie / Zytologie / Zytogenetik / Durchflußzytometrie**Transplantationen (Knochenmark, Gewebe, Stammzellen)**☐ Nein☐ Ja,

(Bitte spezifizieren)

Voraussetzungen für das Untersuchungsmaterial**2 x 10 ml cfDNA Tubes**

Liquid Biopsy-Proben erfordern die Verwendung spezieller Entnahmeröhrchen, die die Stabilität der zellfreien DNA sicherstellen. Bitte verwenden Sie nur derartige Röhrchen. Diese stellen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Nehmen Sie dazu bitte rechtzeitig Kontakt mit uns auf (diagnostics@liqomics.com).

Probennahme

Datum der Blutentnahme

Auftrag☐ **LymphoVista**

(Genotypisierung und MRD-Bestimmung bei Lymphomen mittels Liquid Biopsy)

☐ **LymphoVista HL**

(Genotypisierung und MRD-Bestimmung beim Hodgkin Lymphom mittels Liquid Biopsy)

☐ **CancerVista**

(Genotypisierung und MRD-Bestimmung bei soliden Tumoren mittels Liquid Biopsy)

☐ Erstuntersuchung

(Für eine spätere MRD-Bestimmung ist eine Erstuntersuchung vor Therapiebeginn erforderlich!)

☐ Minimal Residual Disease

(nur nach bereits erfolgter Erstuntersuchung)

letzter LIQOMICS Befund beigelegt:

☐ Ja☐ Nein

LIQOMICS Patienten ID:

Zusätzliche Anmerkungen**Kontakt**

Für Rückfragen und Beratung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Website: www.liqomics.com**E-Mail:** diagnostics@liqomics.com