



Patient / Ratsuchender

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Untersuchungsmaterial

Blut ____ ml (mind. 1-2 ml EDTA-Blut) Blutkarten (mind. 5 Spots)

DNA ____ µg (mind. 5 µg DNA, Konz. ≥ 50 ng/µl) DNA-Nr.: _____

Ausgangsmaterial
der isolierten DNA: _____ (z. B. EDTA Blut, Hautbiopsie)

Sonstiges _____

Externe ID: _____

Entnahmedatum: _____

Der Versand der Proben per Post in einem Karton oder gepolsterten Umschlag ist problemlos möglich. Die Proben sollten nicht direkter Sonneneinstrahlung ausgesetzt sein. Versandmaterial können Sie unter Tel.: 07071/565 44 00 oder per E-Mail (info@humangenetik-tuebingen.de) kostenlos anfordern.

Einsender / Klinik

Name, Vorname: _____

Einrichtung: _____

Straße: _____

PLZ/Stadt: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Rechnung

an Patient (KVA-Nr.: _____)

an Einsender / Klinik an Einsender / Klinik gemäß §116b

GKV (bitte Überweisungsschein Muster 10 beifügen)

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Stadt: _____

Land: _____

E-Mail: _____

Einwilligungserklärung

Mit dieser Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung gemäß 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 willige hiermit ein, dass alle erhobenen Daten vom Zentrum für Humangenetik elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Nähere Informationen zum Datenschutz und Ihren diesbezüglichen Rechten unter www.humangenetik-tuebingen.de/datenschutz

Hinweis

Wir aktualisieren unsere Panels in regelmäßigen Abständen gemäß des aktuellen Stands der Wissenschaft. Wir weisen daher darauf hin, dass sich die auf diesem Einsendeformular angegebene Zusammenstellung von Genen eines Gen-Sets zum Zeitpunkt der Laboranalyse geringfügig geändert haben könnte (Hinzunahme / 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 (Sanger/NGS) individuell zu entscheiden. Wir weisen darauf hin, dass bei Anforderung von NGS-Panel-Diagnostik aus technischen Gründen mehr als die angeforderten Gene sequenziert werden.

Ich erteile meine Einwilligung zur Anforderung von Befunden und Tumormaterials.

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.

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

Minderjährige: Zur genetischen Untersuchung Minderjähriger ist die Einwilligung beider Sorgeberechtigter erforderlich. Mit Ihrer Unterschrift als nach GenDG verantwortliche ärztliche Person erklären Sie, dass Ihnen die Einwilligung aller Sorgeberechtigten vorliegt.

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

Die Untersuchungsergebnisse sollen über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. 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

Über Zusatzbefunde möchte ich:

informiert werden NICHT informiert werden

In seltenen Fällen können genetische Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sog. Zusatzbefunde). Das Berichten solcher Zusatzbefunde beschränkt sich auf pathogene Veränderungen in ausgewählten Genen, für die eine Behandlungskonsequenz für Sie oder Ihre Familie besteht (orientiert an den aktuell gültigen Richtlinien des American College of Medical Genetics and Genomics; ACMG SF v3.0; Miller et al., 2021, PMID: 34012068). Ein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Gene besteht nicht. Sollten keine Zusatzbefunde erhoben werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken.

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode

Patient / Vertreter
(Druckbuchstaben)

X _____

Patient / Vertreter
(Datum, Unterschrift)

Arzt
(Druckbuchstaben)

X _____

Arzt
(Datum, Unterschrift)





Für die gezielte und effektive Bearbeitung füllen Sie bitte das Formular so detailliert wie möglich aus und legen eine Kopie der relevanten medizinischen Berichte bei.

Indikation / Verdachtsdiagnose / Krankheitsverlauf / Stammbaum

↗ Indexpatient

○ □ nicht betroffen

● ■ betroffen

◉ ◐ Überträger

∅ ☑ verstorben

□ ○ Elternpaar

□ ○ Verwandtenehe

△ Schwangerschaft

↓ Abort, Totgeburt

◇ Geschlecht unbekannt

△ Eineiige Zwillinge

△ Zweieiige Zwillinge

Arztbrief beigelegt

Befund der Pathologie/Zytologie/Zytogenetik/Durchflußzytometrie

Transplantationen (Knochenmark, Gewebe, Stammzellen) Nein Ja, (bitte spezifizieren) _____

Untersuchungsmaterial Tumor (mindestens 20% Tumorgehalt)

FFPE (Formalin-Fixed, Paraffin-Embedded)

Blocknummer (bei FFPE): _____

Objektträger (mindestens 10 Slides)

Tumorprobe von _____

anfordern bei: _____

Zustimmung des/der Patienten(in) erteilt (Sonderblatt)

DNA ____ µg (> 200 ng DNA)

bei MSI-Anforderung auch DNA aus Normalgewebe

H&E-Schnitt (bei MSI-Anforderung bitte Tumor- und Normalareale eindeutig markieren)

Angaben zum eingesendeten Tumorgewebe

Beim eingesendeten Tumormaterial handelt es sich um:

Primärtumor

Metastase; Angaben zum Primärtumor:

Gewebe: _____

Tumorstadium/Zytogenetik: _____

Datum Tumorresektion: _____

Tumorgehalt: _____ %

Anmerkungen:

**Für Rückfragen und Beratung stehen wir Ihnen gern jederzeit zur Verfügung.
Bitte wenden Sie sich an unser Diagnostik-Support Team.**

**www.humangenetik-tuebingen.de/diagnostic-support
diagnostic-support@humangenetik-tuebingen.de
Telefon 07071 565 44 00**



Untersuchungsauftrag

Individuelle Auswahl*: Bitte tragen Sie die von Ihnen ausgewählten Gene ein (beliebige Kombinationen aus allen Gen-Sets auf diesem Formular)

_____, _____, _____, _____, _____, _____, _____,

_____, _____, _____, _____, _____, _____, _____,

_____, _____, _____, _____, _____, _____, _____,

_____, _____, _____, _____, _____, _____, _____,

Melanome (PAT01)

Melanome
BRAF, CTNNB1, GNA11, GNAQ, KIT, MAP2K1, NRAS, TP53 (8 Gene)

Kolonkarzinome/Magenkarzinome (PAT02)

- Kolonkarzinome/Magenkarzinome**
BRAF, ERBB2, KRAS, MLH1, MSH2, NRAS, PIK3CA, PMS2, TP53, MSH6 (10 Gene)
- Vollständiges Genset**
BRAF, EPCAM, ERBB2, KRAS, MLH1, MSH2, MSH6, NRAS, PIK3CA, PMS2, SMAD4, TP53 (12 Gene)

Lungenkarzinome (PAT03)

Lungenkarzinome
BRAF, DDR2, EGFR, ERBB2, KRAS, MAP2K1, MET, NRAS, PIK3CA, ALK Translokation, RET Translokation, ROS1 Translokation, TP53 (10 Gene, 20 kb und 3 Translokationen)

Gastrointestinale Stromatumore (PAT04)

Gastrointestinale Stromatumore
BRAF, KIT, PDGFRA, TP53 (4 Gene)

Gliome (PAT05)

Gliome
BRAF, H3F3A, HIST1H3B, IDH1, IDH2, PIK3CA, TERT Promotor, TP53 (8 Gene)

Brust- und Ovarialkarzinome (PAT06)

Brust- und Ovarialkarzinome
ERBB2, PIK3CA, TP53, BRCA1, BRCA2 (5 Gene)

Schilddrüsenkarzinome (PAT07)

Schilddrüsenkarzinome
BRAF, HRAS, KRAS, NRAS, TP53 (5 Gene)

Myelodysplastische Syndrome (MDS) (PAT08)

Myelodysplastische Syndrome (MDS)
JAK2 (1 Gen)

Cholangiozelluläre Karzinome (PAT09)

Cholangiozelluläre Karzinome
IDH1, IDH2, TP53 (3 Gene)

Pankreaskarzinome (PAT10)

Pankreaskarzinome
BRCA1, BRCA2, CDKN2A, KRAS, SMAD4, TP53 (6 Gene)

Fusionsgenanalyse (PAT01-PAT10)

Fusionsgene
NTRK1, FGFR1, FGFR2, FGFR3, BRAF, ALK, RET, ROS1 (8 Gene)

BRCA1 und BRCA2 (PAT11)

BRCA1 und BRCA2 Analyse in Tumorgewebe (2 Gene)
Hinweis: Für die Analyse der Gene BRCA1 und BRCA2 in der Keimbahn, verwenden Sie bitte das CAN-Einsendeformular (www.humangenetik-tuebingen.de/CAN)

Mikrosatelliteninstabilitätsanalyse (MSI) via PCR

Mikrosatelliteninstabilitätsanalyse (MSI) via PCR
(Marker: BAT25, BAT26, NR21, NR22, NR27)

Zusätzliche Untersuchungen

**Für Rückfragen und Beratung stehen wir Ihnen gern jederzeit zur Verfügung.
Bitte wenden Sie sich an unser Diagnostik-Support Team.**

**www.humangenetik-tuebingen.de/diagnostic-support
diagnostic-support@humangenetik-tuebingen.de
Telefon 07071 565 44 00**