

Einwilligungserklärung für Untersuchungen mittels Tumorzytogenetik/Tumorgenetik und zur Aufbewahrung von Proben

Bitte der Einsendung beilegen an:

Labor Berlin - Charité Vivantes GmbH
Fachbereich Hämatologie/Tumorgenetik
Sylter Straße 2
13353 Berlin

Platz für zusätzlichen
Patientenaufkleber

Nach Einschätzung Ihrer behandelnden Ärztin / Ihres behandelnden Arztes besteht der Verdacht auf eine Erkrankung des blutbildenden oder lymphatischen Systems, die unter Umständen mit genetischen Veränderungen im Blut und/oder Knochenmark einhergeht. Um dies genauer abklären zu können, wurde Ihnen Blut und/oder Knochenmark oder ein anderes Gewebe entnommen. Aus diesem Material werden, je nach geplanter Untersuchung und individueller Notwendigkeit, immunologische Merkmale der im Untersuchungsmaterial enthaltenen Zellen untersucht, Chromosomen und/oder Erbsubstanz (DNA, RNA) isoliert und auf genetische Veränderungen in den Blut- oder Knochenmarkszellen analysiert. Bei der Untersuchung „Liquid Biopsy“ erfolgt eine Bestimmung von tumorgenetischen Defekten durch die Analyse von zellfreier, im peripheren Blut zirkulierender DNA, die aus einem Tumor freigesetzt wird.

Unverbrauchtes Probenmaterial wird als Rückstellprobe aufbewahrt. Ein Vorteil dieser Aufbewahrung ist, dass bei Einführung neuer diagnostischer Verfahren diese auch bei Ihren archivierten Proben Anwendung finden können und Ihnen daher auch in der Zukunft nutzen können. Das Material kann auch für die Verbesserung von Diagnostik und Behandlung durch Forschung eingesetzt werden. Für den Fall einer solchen Verwendung werden sämtliche Daten in kodierter, pseudonymisierter Form verarbeitet und gespeichert. Alle Ihre persönlichen Daten und Resultate der genetischen Untersuchungen unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

1. Erklärung zur Gendiagnostik:

Erkrankung:

Ich wurde über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung aufgeklärt. Nach der Aufklärung wurde mir eine angemessene Bedenkzeit bis zur Entscheidung über die zu erteilende Einwilligung eingeräumt. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

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

Ja ☐ Nein ☐

Bei genetischen Untersuchungen kann es zu Ergebnissen kommen, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sogenannte Zufallsbefunde). Ich bitte auch um Mitteilung von Zufallsbefunden.

Ja ☐ Nein ☐

2. Erklärung zur Weiternutzung von restlichem Probenmaterial:

Ich erkläre mein Einverständnis, dass ein Anteil der abgenommenen Proben für weiterführende wissenschaftliche Untersuchungen oder Untersuchungen für diagnostische Tests aufbewahrt und genutzt wird. Dieses Material darf für die Erforschung hämatologischer Erkrankungen und für die Entwicklung diesbezüglicher Testverfahren verwendet werden.

Ja ☐ Nein ☐

Ort, Datum

Patient/in (Druckbuchstaben)

Patient/in (Unterschrift)

Ort, Datum

Ärztin/Arzt (Druckbuchstaben)

Ärztin/Arzt (Unterschrift)