Universitätsklinikum Würzburg

Institut für Klinische Genetik und Genommedizin

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode

Institut für Klinische Genetik und Genommedizin
Leitung: Prof. Dr. med A. K. Bergmann, MHBA

Versandadresse
Universitätsklinikum Würzburg
Klinische Genetik und Genommedizin
KGGM – Labor
Biozentrum, 4. Stock
Am Hubland,
97074 Würzburg

Tel: 0931-201-29931
Fax: 0931-201-60-29931
E-Mail: Diagnostik_KGGM@ukw.de

ALL-BFM: Auftrag zur molekular- und zytogenetischen Referenzdiagnostik

Ansprechpartnerin: Dr. rer. nat. Helia Pimentel, Tel. 0931-201-29902

Untersuchungsmaterial: Heparin-Knochenmark, ggf. Heparin Blut,
EDTA-Knochenmark, ggf. EDTA-Blut
ungefärbte Knochenmarksausstriche, ggf. Blutausstriche

Angaben zum Einsender

Arztname, ggf. Station:	Telefon/Fax:

Angaben zum Kostenträger

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert

☐ Stationär ☐ Ambulant

Angaben zum Patienten / zur Patientin

Register / Studie: _____ **Register / Studien-Nr.:** _____ ☐ **weiblich** ☐ **männlich**

☐ Erstdiagnose ☐ Verlaufskontrolle (nur nach Rücksprache mit der Studienzentrale): _____

Angaben zur Probe

Abnahmedatum: _____

Knochenmark: Blasten: _____ % ☐ Heparin (3-5 ml) ☐ EDTA (ca. 3 ml) ☐ 12 Ausstriche (nativ)

* Blut (falls >25% Blasten): Blasten: _____ % ☐ Heparin (3-5 ml) ☐ EDTA (ca. 3 ml) ☐ 12 Ausstriche (nativ)

☐ Sonstiges Material: _____

* nur bei punctio sicca oder insgesamt <6 ml Knochenmark (EDTA + Heparin) ist Blut erforderlich.

(Verdachts-)Diagnose, Fragestellung, Besonderheiten (z.B. Down-Syndrom, Systemerkrankung, sekundäre Leukämie):
Ergebnisse/Befunde von Voruntersuchungen (ggf. bitte in Kopie beilegen)

☐ **Standarddiagnostik** bei V.a. ALL zur Feststellung stratifizierungsrelevanter genetischer Aberrationen
(inklusive *BCR-ABL1*, *ETV6-RUNX1, KMT2A-AFF1, KMT2A*-Rearrangement, *TCF3*-Rearrangement, Ausschluss Hypodiploidie, iAMP21)

☐ **Sonstiges:** _____

Befunde werden nachrichtlich verschickt an:
Prof. Dr. Gunnar Cario, ALL-BFM Register- und Studienzentrale, Klinik für Kinderonkologie und -rheumatologie, Kiel

_____ _____
Ort, Datum Name in Druckschrift und Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes

_____
Telefonnummer für Rückfragen

Einwilligung zur genetischen Untersuchung

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name, Vorname Patienten-Nummer

Geb. □ männlich □ weiblich

Straße

PLZ Ort

Bitte mit Proben zurücksenden an:
Universitätsklinikum Würzburg
Klinische Genetik und Genommedizin
KGGM – Labor
Biozentrum, 4. Stock
Am Hubland,
97074 Würzburg

Tel: 0931-201 29931
Fax: 0931-201 60-29931
E-Mail: Diagnostik_KGGM@ukw.de

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung der Patienten sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.
Bitte lesen Sie diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an. Im Folgenden wird ein Nichtankreuzen wie „NEIN" gewertet.

In Frage stehende Erkrankung / Störung / Diagnose:

.....

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse auch an den zuweisenden bzw. folgende/n mitbehandelnde/n Ärztin/Arzt geschickt werden*: (*Dies gilt nicht für die somatischen Befunde)	Frau / Herr Dr.: _____ Straße: _____ PLZ und Ort: _____	□ ja □ nein
Ich wünsche die Mitteilung von medizinisch relevanten Zufallsbefunden, auch wenn sie nicht im Zusammenhang mit der Untersuchungsfragestellung stehen oder im Rahmen von Forschungs-projekten erhoben wurden. Ein Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierung besteht nicht. Bei Minderjährigen erfolgt keine Mitteilung zu Erkrankungen, die erst im Erwachsenenalter auftreten.		□ ja □ nein

Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Untersuchungen vernichtet wird. Im Gegensatz zum GenDG wünsche ich, dass das von mir bzw. das von meinem Kind stammende Untersuchungsmaterial:

• Für spätere genetische Analysen, die für mich bzw. für mein Kind von medizinischer Bedeutung sind, aufgehoben wird.	□ ja □ nein
• Nach Abschluss der Untersuchungen in pseudonymisierter Form im untersuchenden Labor aufbewahrt und zu Zwecken der Ergebniskontrolle, Qualitätssicherung sowie gegebenenfalls zur Entwicklung neuer diagnostischer Verfahren verwendet wird.	□ ja □ nein
• Für die Untersuchung von weiteren Familienmitgliedern verwendet werden darf: - Für alle Familienmitglieder - Nur für folgende Familienmitglieder: _____	□ ja □ nein
• Für wissenschaftliche Zwecke aufbewahrt wird. Vor der konkreten Verwendung werde ich wegen einer spezifischen Einwilligung kontaktiert.	□ ja □ nein
• Ich bin einverstanden mit der Nutzung meiner Untersuchungsergebnisse bzw. der Untersuchungsergebnisse meines Kindes zum Zwecke nachfolgender Untersuchungen in meiner Familie.	□ ja □ nein

Bitte beachten Sie: Auch wenn Sie der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterialien zu den genannten Zwecken zustimmen, besteht kein Anspruch auf dauerhafte Speicherung.

Ich bestätige, dass ich über Zweck, Ablauf, Aussagekraft sowie mögliche Risiken und Auswirkungen der genetischen Untersuchung sowie die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe umfassend aufgeklärt wurde.
Ich weiß, dass ich meine Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann, ohne dass mir Nachteile entstehen, dass ich ein Recht auf Nichtwissen habe und die Untersuchung vor Ergebnisübermittlung stoppen und die Vernichtung der Probe verlangen kann.
Mir ist bewusst, dass die Speicherung meiner Daten nach den Grundätzen für Behandlungsunterlagen erfolgt.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die genetische Analyse sowie die dafür notwendige Blut- oder Gewebeentnahme ein.
Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor der Einwilligung eingeräumt.

Ort, Datum Unterschrift der Patientin / des Patienten/ des (gesetzlichen)

Vertreters Ort, Datum Unterschrift Ärztin/Arzt

Hinweis zum Datenschutz: Die Informationen des UKW nach Art. 13 und 14 DSGVO erhalten Sie unter www.ukw.de/recht/datenschutz, auf Anfrage auch in Papierform.