

**Einsender-Etikett
Bitte hier einkleben**

Station/Einsender:

Anforderung einer NEOmyeloid Panel-Diagnostik mittels Hochdurchsatz-Sequenzierung (NGS)

NAME, VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

WOHNHAFT IN: _____

**Patienten-Etikett
Bitte hier einkleben**

Einwilligungserklärung

Mit meiner nachfolgenden Unterschrift gebe ich mein Einverständnis, dass für mich eine molekulargenetische Analyse zur Abklärung relevanter Mutation durchgeführt wird. Die Untersuchung umfasst **Punktmutationen, kleine Insertionen und Deletionen** für folgende Gene:

ABL1	CSF3R	IDH1	NPM1	RUNX1	U2AF1
AF4 (AFF1)	DNMT3A	IDH2	NRAS	RUNX1-T1	WT1
ASXL1	ETNK1	JAK2	PCM1	SETBP1	ZRSR2
BCOR	ETV6	KIT	PDGFRA	SF3B1	
BCR	EVI1 (MECOM)	KRAS	PDGFRB	SRSF2	
CALR	EZH2	MLL1 (KMT2A)	PML	STAG2	
CBFB	FGFR1	MPL	RARA	TET2	
CBL	FLT3	MYH11	RPN1	TP53	

Für alle fettgedruckten Gene werden zusätzlich ausgewählte intronische Regionen zum Nachweis bekannter und neuer **Translokationen** analysiert.

Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten Analytik wurde ich aufgeklärt. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit. Die Probe darf, falls erforderlich, an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden. Es steht mir frei, die Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zu widerrufen oder von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand zu nehmen.

Mitteilung von Zusatzbefunden mit therapeutischer oder prognostischer Relevanz, die zufällig gefunden werden

- Ja, ich wünsche die Mitteilung von Zusatzbefunden
- Nein, ich wünsche keine Mitteilung von Zusatzbefunden (Betreffendes bitte oben streichen)

Ich bin einverstanden (nicht Zutreffendes bitte durchstreichen)

- dass das verbleibende Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung aufbewahrt wird,
- dass das Probenmaterial für laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen oder wissenschaftliche Zwecke aufbewahrt wird,
- dass die Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus aufgehoben werden dürfen
- dass die Untersuchungsergebnisse mitbehandelnden Ärzten, z.B. von humangenetischen Beratungsstellen oder medizinischen Kooperationseinrichtungen mitgeteilt werden dürfen

 Unterschrift Patientin/Patient

 Ort, Datum

 Unterschrift behandelnder/verantwortlicher Arzt/Ärztin

 Ort, Datum