

**Einsender-Etikett
Bitte hier einkleben**

Station/Einsender:

Anforderung einer NEOselect 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**, sowie **Kopienzahlveränderungen** für folgende Gene:

ALK	CDK4	FGFR1	KIT	NRAS	STK11
ARAF	CDKN2A	FGFR2	KRAS	PDGFRA	TP53
ATM	CDKN2B	FGFR3	MAP2K1	PIK3CA	TSC1
ATR	CTNNB1	HRAS	MDM2	PTEN	TSC2
BRAF	DDR2	IDH1	MET	RB1	
BRCA1	EGFR	IDH2	MTOR	RET	
BRCA2	ERBB2	KEAP1	NFE2L2	ROS1	

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 prophylaktischer 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