

**Probeneinsendung: Am Klinikum 1, 07747 Jena**  
 Institut für Humangenetik/ Humangenetischer Laborbereich des ZAM  
**Tel.: 03641/ 9396804**  
 Der Laborbereich ist akkreditiert nach DIN EN ISO 15189

## Begleitschein molekulargenetische Analysen an Gewebe

### Patientenangaben

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geschlecht:  männlich  weiblich Ethnische Herkunft: \_\_\_\_\_

### Indikation / Fragestellung / Verdachtsdiagnose

.....

### Material

Datum der Probenentnahme: ..... Pat.-Nr. b. Einsender: ..... Block-Nr.: .....  
 Anatomischer Entnahmeort: ..... Mikrodissektion:  ja  nein  
 DNA aus Gewebe (FFPE): isoliert am ...../ aus:  
 Ovarial-CA  Mamma-CA  Colon-CA  Lungen-CA  Sonstiges  
 DNA – Konz.: .....ng/µl DNA-Menge: ..... Anteil Tumorgewebe in der Probe (in %): .....

*Bitte nicht ausfüllen:*  
 Laboreingang am ..... Labor-Nr.: .....

### Molekulargenetische Analysen (an Tumormaterial, ggf. tel. Rückspr. Frau K. Wicht/ Frau Dr. Y. Chen: 03641/9-396866):

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>B-RAF (B-RAF-15)</i>                                  | <input type="checkbox"/> <i>GNAS-1</i>                                   | <input type="checkbox"/> <i>NPM-1: NPM-1-12</i>            |
| <input type="checkbox"/> <i>C-KIT/ PDGFRα (GIST):<br/>C-KIT9/11; PDGFRα-12/18</i> | <input type="checkbox"/> <i>H3F3</i>                                     | <input type="checkbox"/> <i>PIK3CA: PIK3CA-9/20</i>        |
| <input type="checkbox"/> <i>C-KIT (Melanom): C-KIT-9/11/13/17/18</i>              | <input type="checkbox"/> <i>HFE: HFE-63/282</i>                          | <input type="checkbox"/> <i>TP53: TP53-4/5/6/7/8/9</i>     |
| <input type="checkbox"/> <i>COL3A1: COL3A1-7/15/18/27/30/32/42/44</i>             | <input type="checkbox"/> <i>H-RAS: H-Ras-2/3</i>                         | <input type="checkbox"/> <i>PDGFRα: PDGFRα-12/14/18</i>    |
| <input type="checkbox"/> <i>β-Catenin (CTNNB1)</i>                                | <input type="checkbox"/> <i>IDH-1</i>                                    | <input type="checkbox"/> <i>RET: RET-10/11/13/14/15/16</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>EGFR: EGFR-18/19/20/21</i>                            | <input type="checkbox"/> <i>JAK-2</i>                                    | <input type="checkbox"/> <i>Serpina1 (α-1-Antitrypsin)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>FLT-3: FLT3-14/15/20</i>                              | <input type="checkbox"/> <i>K-RAS: K-RAS-12/13</i>                       | <input type="checkbox"/> <i>STAT3: STAT3-11</i>            |
| <input type="checkbox"/> <i>FOXL2</i>   | <input type="checkbox"/> <i>ggf. erw. RAS: K-RAS-61/146, N-RAS-2/3/4</i> | <input type="checkbox"/> <i>TERT</i>                       |
| <input type="checkbox"/> <i>GNA-11: GNA11-4/5</i>                                 | <input type="checkbox"/> <i>MPL: MPL-515</i>                             | <input type="checkbox"/> Sonstiges:                        |
| <input type="checkbox"/> <i>GNA-Q: GNA-Q-4/5</i>                                  | <input type="checkbox"/> <i>MYD-88</i>                                   | <input type="checkbox"/>                                   |

### Hinweise zur Probeneinsendung weiterführende Informationen unter: [www.humangenetik.uniklinikum-jena.de](http://www.humangenetik.uniklinikum-jena.de)

- Postversand zu Wochenanfang per Eilboten, ungekühlt. Bei Versand zum Wochenende ist eine vorherige **telefonische Information dringend erforderlich**.
- Bitte die Proben durch feste Umhüllungen vor Bruch und Auslaufen sichern.
- Sollten Sie weitere Fragen haben, so stehen wir selbstverständlich telefonisch zur Verfügung

|   |   |
|---|---|
| <b>Kostenübernahme</b>  | <b>Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin</b> Stempel oder Druckschrift |
| <input type="checkbox"/> Ü-Schein Nr 10   | Name: _____   |
| <input type="checkbox"/> Privat   | Anschrift: _____  |
| <input type="checkbox"/> stationär  | Telefon: _____  |
| <input type="checkbox"/> teilstationär  |   |
| <input type="checkbox"/> ambulant   |   |
| <input type="checkbox"/> Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen liegt ausgefüllt anbei  |   |
| <input type="checkbox"/> Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen liegt beim einsendenden Arzt vor  |   |
| <input type="checkbox"/> Für privat versicherte Patienten liegt die Kostenübernahmeerklärung <sup>1</sup> ausgefüllt anbei  |   |
| <sup>1</sup> Bitte nutzen Sie unser Formular unter: <a href="http://www.humangenetik.uniklinikum-jena.de/Diagnostik.html">http://www.humangenetik.uniklinikum-jena.de/Diagnostik.html</a> |   |

Anmerkung: Genetische Untersuchungen (mit Ü-Schein) belasten nicht das Budget des einsendenden Arztes.

Datum, Unterschrift: .....

**Probeneinsendung: Am Klinikum 1, 07747 Jena**  
Institut für Humangenetik/ Humangenetischer Laborbereich des ZAM  
**Tel.: 03641/ 9396804**  
Der Laborbereich ist akkreditiert nach DIN EN ISO 15189

## Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen gemäß Gendiagnostikgesetz

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich

Untersuchungsauftrag: .....

klinische Symptomatik: .....

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in Absprache mit Ihren behandelnden Ärzten soll bei Ihnen oder einem Ihrer Familienangehörigen eine genetische Untersuchung durchgeführt werden. Nach dem am 1. Feb. 2010 in Kraft getretenen Gendiagnostikgesetz ist Ihre Einwilligungserklärung **unbedingte Voraussetzung** für die Durchführung einer genetischen Untersuchung.

Auch gilt, dass Sie vorher über die Möglichkeiten, Grenzen und denkbaren Konsequenzen der Untersuchungen von Ihrem Arzt ausführlich informiert werden müssen. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich zu widerrufen, so dass die begonnenen Untersuchungen sofort abgebrochen werden müssen.

Nach dem Gesetz müssen Proben nach der erfolgten Untersuchung vernichtet werden. Häufig ist es aber sinnvoll, die Proben zum Zwecke der Überprüfbarkeit der Ergebnisse, der Qualitätssicherung, späteren neuen Diagnosemöglichkeiten oder für Familienuntersuchungen von vererbten Erkrankungen auch länger aufzubewahren. Hierfür benötigen wir Ihr **ausdrückliches Einverständnis**.

Auf Wunsch kann nach jeder genetischen Untersuchung eine genetische Beratung von Ihnen beansprucht werden. Vor jeder prädiktiven Untersuchung (z. B. Krebsuntersuchung von noch nicht erkrankten Familienangehörigen, Heterozygotentestung) sowie vor und nach Pränataldiagnostik ist der Arzt verpflichtet, Sie humangenetisch zu beraten und dies zu dokumentieren.

Alle Ergebnisse der genetischen Untersuchungen und der genetischen Beratung unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**.

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass:**

- ich von dem behandelnden Arzt über die Aussagekraft und Konsequenzen der obengenannten Untersuchung umfassend aufgeklärt worden bin,
- ich mit der Entnahme der Probe einverstanden bin und dass die Probe für genetische Untersuchungen zur Klärung der oben genannten Fragestellungen verwendet werden darf,
- mir ausreichende Bedenkzeit vor der Einwilligung zu oben genannten Untersuchungen zur Verfügung stand,
- ich darauf hingewiesen wurde, meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen zu können, und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren.

**Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Probe und das Ergebnis verwendet werden dürfen:**

- Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Untersuchung informiert werden.  ja  nein
- Ich bitte um Weiterleitung der Ergebnisse (nach GenDG) an mitbehandelnde Ärzte  
Herr/ Frau/ Klinik .....  ja  nein
- Ich bin mit der Weiterleitung des Auftrages an ein spezialisiertes Labor einverstanden.  ja  nein
- Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials zum Zweck der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse oder für spätere Diagnosemöglichkeiten einverstanden.  ja  nein
- Die Ergebnisse der Untersuchungen sollen über über den gesetzlich festgelegten Zeitraum (10 Jahre) hinaus aufbewahrt werden dürfen, z.B. damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen.  ja  nein
- Ich bin mit der Aufbewahrung des Materials für Qualitätssicherung und zur Erforschung und Verbesserung der Behandlung genetischer Erkrankungen in anonymisierter Form einverstanden.  ja  nein
- Ich bitte auch um die Mitteilung von Zufallsbefunden.  ja  nein

**Bei fehlender Entscheidung wird von Zustimmung ausgegangen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin/ Patient bzw. Erziehungsberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift behandelnde/r verantwortliche(r) Ärztin / Arzt