

Name, Vorname des Versicherten			geb. am		
Adresse					
Kassennr.	Versichertennr.		Status		
Vertragsarznr.	VK gültig bis		Datum		

Arztstempel und Unterschrift

## Onkogenetischer Untersuchungsantrag der AML BFM Studie

**Molekulargenetik Tel.: 532-5096 / 9430 oder 4534**

**Zytogenetik Tel.: 532-4515/4516, FAX: 532-4519**

Material:  Heparin-Knochenmark  Heparinblut  Sonstiges \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Anamnese:  Initial  Rezidiv  nach SZT  MRD  \_\_\_\_\_

Blasten im Knochenmark: \_\_\_\_\_ % Blasten im peripheren Blut: \_\_\_\_\_ %

- Zytogenetik
- CBF $\beta$ /MYH11
- AML1/ETO
- MLL-Rearrangement
  - AF10  AF9  Other: \_\_\_\_\_
- PML-Rar $\alpha$
- Trisomie 21

**Befunde werden nachrichtlich verschickt an:**

**Prof. Dr. med. D. Reinhardt , Universitätsklinikum Essen, Päd. Hämatologie und Onkologie**

### Einverständniserklärung gemäß GenDG

#### Einverständnis des Patienten / der Patientin / des gesetzlichen Vertreters

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten tumorgenetischen Untersuchung, der Archivierung, sowie gegebenenfalls Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (pseudonymisiert). Wir erforschen, wie genetische Veränderungen zur Entwicklung von Leukämien und anderen Krebserkrankungen beitragen. (Auch wenn sich -hoffentlich- herausstellt, dass Sie keine ernsthafte Erkrankung haben, sind die Zellen für uns von Nutzen). Ich bin einverstanden, dass die Befunde über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Ort Datum  
\* nicht Zutreffendes bitte streichen

Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes