

Allgemeine Informationen

Patient / Ratsuchender

CeGaT-ID (falls bereits vorhanden): _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht (zum Zeitpunkt der Geburt): männlich weiblich

Geschlechtsidentität (falls abweichend von oben):

Frau Mann nicht-binär Weiteres: _____

Externe ID: _____

Einwilligungserklärung

Mit dieser Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechts meine Einwilligung mit der/den genetischen Analyse(n) und der dafür erforderlichen Probenentnahme.

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten und die in der Analyse erhobenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet und ggf. in pseudonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert und der Untersuchungsauftrag oder Teile davon, falls erforderlich, an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden.

Ich willige hiermit ein, dass alle erhobenen Daten von der CeGaT GmbH elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden. Nähere Informationen zum Datenschutz und Ihren diesbezüglichen Rechten unter www.cegat.de/datenschutz

Ich erteile meine Einwilligung zur Anforderung von Befunden und Tumormaterial.

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Ich hatte die notwendige Bedenkzeit.

Als behandelnder Arzt / behandelnde Ärztin bestätige ich, dass ich qualifiziert bin die genetische Diagnostik des o.g. Patienten zu beauftragen. Bei Diagnostik für Minderjährige bestätige ich das Vorliegen des Einverständnisses aller Sorgeberechtigten.

Sofern der Patient / die Patientin das Einsendeformular nicht unterschrieben hat: Als behandelnder Arzt / behandelnde Ärztin bestätige ich, den Patienten / die Patientin über die genetische Untersuchung aufgeklärt zu haben und, dass mir das Einverständnis des Patienten / der Patientin schriftlich vorliegt. Bei Diagnostik für Minderjährige bestätige ich das Vorliegen des Einverständnisses aller Sorgeberechtigten.

Patient / Vertreter
(Druckbuchstaben)

Arzt
(Druckbuchstaben)

X _____
Patient / Vertreter
(Datum, Unterschrift)

X _____
Arzt
(Datum, Unterschrift)

Arztstempel / Klinik ggf. Barcode

Einsender / Klinik

Name: _____

Vorname: _____

Einrichtung: _____

Straße: _____

PLZ/Stadt: _____

Land: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

UST-IdNr.: _____

Sofern Sie eine Umsatzsteuer-Identifikationsnummer besitzen, geben Sie diese bitte an.

Rechnung an Einsender / Klinik
 an Patient (KVA-Nr.: _____)

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Stadt: _____

Land: _____

E-Mail: _____

Im Folgenden wird ein Nichtankreuzen wie „Nein“ gewertet.

Mit der Aufbewahrung von Probenmaterial zum Zweck der Nachprüfbarkeit, der Qualitätssicherung bzw. für ergänzende Untersuchungen (für max. 10 Jahre) bin ich einverstanden. Ja Nein

Die Untersuchungsergebnisse sollen über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. Ja Nein

Mit der Aufbewahrung und Verwendung von Untersuchungsmaterial und/oder Befunden für wissenschaftliche Zwecke inkl. Publikationen in pseudonymisierter Form bin ich einverstanden. Ja Nein

Bitte geben Sie hier die E-Mail-Adresse des aufklärenden Arztes an:

E-Mail: _____

Indikation / Verdachtsdiagnose: _____

Arztbrief beigelegt

Befund der Pathologie/Zytologie/Zytogenetik/Durchflußzytometrie

Transplantationen (Knochenmark, Gewebe, Stammzellen) Nein Ja, (bitte spezifizieren) _____

CancerMRD Fingerprint

Um MRD-Analysen durchzuführen, erstellen wir zunächst einen für den Tumor individuellen genetischen Fingerprint. Diesen ermitteln wir durch einen WGS-Vergleich von Tumor- und Normalgewebe.

Untersuchungsmaterial Tumor (mindestens 20% Tumorgehalt)

FFPE (Formalin-Fixed, Paraffin-Embedded)

Blocknummer (bei FFPE): _____

Objektträger (mindestens 10 Slides)

Tumor DNA (>200 ng DNA)

Tumorprobe gefroren

Tumorprobe in RNAlater

Tumorprobe von _____

anfordern bei: _____

Angaben zum eingesendeten Tumorgewebe

Beim eingesendeten Tumormaterial handelt es sich um:

Primärtumor

Metastase; Angaben zum Primärtumor:

Gewebe: _____

Tumorstadium/Zytogenetik: _____

Datum Tumorresektion: _____

Tumorgehalt: _____ %

Untersuchungsmaterial Normalgewebe:

Blut ____ ml (1-2 ml EDTA-Blut)

DNA ____ µg (>2 µg DNA): _____

Sonstiges: _____

CancerMRD Monitoring

Unsere MRD-Analyse verwendet einen oder mehrere genetische Fingerprints, um minimale Mengen von Tumor-DNA in einer Liquid Biospy-Probe nachzuweisen.

MRD-Analyse anhand des Fingerprints

Untersuchungsmaterial: Liquid biopsy (cfDNA)

Bei Liquid biopsy Proben handelt es sich um Probenmaterial, dessen Abnahme nur mittels spezieller, die zellfreie DNA stabilisierender Entnahmehöhrchen erfolgen kann. Sollten Sie eine Untersuchung auf Basis von cfDNA planen, so verwenden Sie bitte derartige Höhrchen. Wir stellen diese gern zur Verfügung, nehmen Sie bitte hierfür rechtzeitig mit uns Kontakt auf (tumor@cegat.de).

3 x 10ml cfDNA-Tubes

Art der Primärprobe für cfDNA Isolation:

Blut

Datum der Probenentnahme: _____ (Pflichtfeld - bitte ausfüllen)

Anmerkungen / Weitere Untersuchungen:

Für Rückfragen und Beratung stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Bitte wenden Sie sich an unser Diagnostik-Support-Team.

www.cegat.de/diagnostic-support · diagnostic-support@cegat.de · Phone +49 7071 56544-55