

Patient / Ratsuchender

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Knochenmarkspende erhalten? Ja

Untersuchungsmaterial ▶ Siehe Seite 2

Einsender / Klinik

Name: _____

Vorname: _____

Einrichtung: _____

Straße: _____

PLZ/Stadt: _____

Land: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

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

USt-IdNr.: _____

Einverständniserklärung

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

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme zu, dass die in der Analyse erhobenen Daten von mir unter Beachtung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht aufgezeichnet, ausgewertet, ggf. in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Datenbanken gespeichert und der Untersuchungsauftrag oder Teile davon, falls erforderlich, an ein spezialisiertes Kooperationslabor weitergeleitet werden. Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass alle erhobenen Daten von der CeGaT GmbH elektronisch gespeichert, verarbeitet, genutzt und auch (z.B. per E-Mail und per Fax) übermittelt werden.

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 in anonymisierter Form bin ich einverstanden. Ja Nein

In seltenen Fällen können genetische Veränderungen nachgewiesen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen (sog. Zusatzbefunde). Das Berichten solcher Zusatzbefunde beschränkt sich auf pathogene Veränderungen in ausgewählten Genen, für die eine Behandlungskonsequenz für Sie oder Ihre Familie besteht (orientiert an den aktuell gültigen Richtlinien des American College of Medical Genetics and Genomics; ACMG SF V2.0; Kalia et al., 2017, PMID: 27854360). Ein Anspruch auf eine vollständige Analyse dieser Gene besteht nicht. Sollten keine Zusatzbefunde identifiziert werden, bedeutet dies keinen Ausschluss entsprechender Risiken.

Über Zusatzbefunde möchte ich:

- informiert werden
- NICHT informiert werden

Hinweis

Wir aktualisieren unsere Panels in regelmäßigen Abständen gemäß des aktuellen Stands der Wissenschaft. Wir weisen daher darauf hin, dass sich die auf diesem Einsendeformular angegebene Zusammenstellung von Genen eines Gen-Sets zum Zeitpunkt der Laboranalyse geringfügig geändert haben könnte (Hinzunahme / Wegnahme von Genen). Mit der Unterschrift des Patienten auf dem Einsendeformular erklärt sich der Patient auch mit einer ggf. geänderten Zusammensetzung des angeforderten Gen-Sets einverstanden.

Wir weisen darauf hin, dass bei Anforderung von NGS-Panel-Diagnostik aus technischen Gründen mehr als die angeforderten Gene sequenziert werden.

Eine Patientenunterschrift ist nicht erforderlich, sollte Ihnen als beauftragendem Arzt die Einwilligung zu einer externen Untersuchung vorliegen.

Patient / gesetzl. Vertreter (Druckbuchstaben)*

X _____
Patient / gesetzl. Vertreter (Datum, Unterschrift)*

*optional

Arzt (Druckbuchstaben)

X _____
Arzt (Datum, Unterschrift)

**Arztstempel / Klinik ggf.
Barcode**

Kontakt

Gern können Sie uns kontaktieren um die best-mögliche diagnostische Strategie zu besprechen.

Telefon: +49 7071 565 44 55

E-Mail: diagnostic-support@cegat.de



CeGaT ist von der deutschen Akkreditierungsstelle nach DIN EN ISO 15189:2014, dem College of American Pathologists (CAP) sowie CLIA akkreditiert.

Untersuchungsmaterial Tumor (mindestens 20% Tumorgehalt)

- FFPE (Formalin-Fixed, Paraffin-Embedded)
Blocknummer (bei FFPE): _____
- Objektträger (mindestens 10 Slides)
- Tumorprobe von _____
anfordern bei: _____
- Zustimmung des/der Patienten(in) erteilt (Sonderblatt)
- DNA ____ µg (>200 ng DNA)
bei MSI-Anforderung auch DNA aus Normalgewebe
- H&E-Schnitt (bei MSI-Anforderung bitte Tumor- und Normalareale eindeutig markieren)

Angaben zum eingesendeten Tumorgewebe

Beim eingesendeten Tumormaterial handelt es sich um:

- Primärtumor
- Metastase; Angaben zum Primärtumor:

Gewebe: _____

Tumorstadium/Zytogenetik: _____

Datum Tumorresektion: _____

Tumorgehalt: _____ %

Anmerkungen:

Untersuchungsauftrag

- Melanome (4 Gene, PAT01)**
BRAF Exons 11, 15, V600; NRAS Exons 2-4; KIT Exons 9, 11, 13, 14, 17, 18; TP53
- Kolonkarzinome (5 Gene, PAT02)**
BRAF Exons 11, 15, V600; KRAS Exons 2-4; NRAS Exons 2-4, PIK3CA Exons 9, 20; TP53
- Lungentumore (7 Gene, PAT03)**
BRAF Exons 11, 15, V600; EGFR Exons 18-21, KRAS Exons 2-4; ERBB2 (HER2) Exon 20; MET Exon 13, PIK3CA Exons 9, 20; TP53, ALK-EML4 Translokation, ROS1 Translokation
- Gastrointestinale Stromatumore (4 Gene, PAT04)**
BRAF Exons 11, 15, V600; PDGFRA Exons 12, 14, 18; KIT Exons 9, 11, 13, 14, 17, 18; TP53
- Glioblastome (8 Gene, PAT05)**
BRAF Exons 11, 15, V600; IDH1 Exon 2; IDH2 Exon 4; PIK3CA Exons 9, 20; TP53; TERT Hotspots im Promotor; H3F3A, HIST1H3B
- Brust-, Ovarial- und Pankreaskarzinome (10 Gene, PAT06)**
BRCA1, BRCA2, ATM, CDH1, CHEK2, PTEN, PALB2, RAD51C, RAD51D, TP53
- Testung auf Mikrosatelliten-Instabilität (MSI) via PCR**
(Marker: BAT25, BAT26, NR21, NR22, NR27)

**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 · Telefon +49 (0) 7071 565 44-55