



## Einverständniserklärung (Hämato-Onkologie)

zur Chromosomenanalyse, Molekulargenetik (Untersuchung einzelner Gene), Immunphänotypisierung, Morphologie, zur Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials und zur Datenverarbeitung für wissenschaftliche Zwecke.

Um den Verdacht einer Blut- bzw. Knochenmarkserkrankung bei Ihnen abzuklären, die sich möglicherweise durch Erbgutveränderungen entwickelt hat, darf das von Ihnen abgenommene Material zur genaueren Analyse von dem o.g. Labor untersucht und/oder an ein anderes spezialisiertes Labor weitergeleitet werden. Dabei besteht die Möglichkeit, dass in Einzelfällen evtl. Zusatzbefunde (u. a. angeborene chromosomale Auffälligkeiten) erhoben werden können, die nicht mit der Auftragsuntersuchung in Zusammenhang stehen. Über die Bedeutung und mögliche Konsequenzen dieser Untersuchungen wurden Sie daher von Ihrem behandelnden Arzt aufgeklärt. Dabei möchten Sie über eventuell erhobene Zusatzbefunde informiert werden:

- Nein
- Ja
- nur, wenn sich dadurch therapeutische oder vorbeugende Maßnahmen ergeben.

Darüber hinaus kann überschüssiges Material zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und Nachanforderungen durch Ihren Arzt aufbewahrt werden. Das Material kann neben der Qualitätssicherung auch für Forschungs- und Entwicklungsarbeit verwendet werden. Letzteres kann zur Verbesserung und Erweiterung der Krebsdiagnostik beitragen sowie neue therapeutische Ansätze identifizieren und/oder überprüfen. Im Falle wissenschaftlicher Veröffentlichungen (ggf. mit wissenschaftlichen Kooperationspartnern) werden Ihre Daten ausschließlich in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form verwendet. Gemäß gesetzlichen Regelungen beträgt die Aufbewahrungsfrist der Ergebnisse 10 Jahre. Für Daten, welche für wissenschaftliche Zwecke erhoben wurden, ist keine Löschung vorgesehen.

Alle Ihre Angaben sowie die Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die von uns erhobenen Ergebnisse werden Ihnen von Ihrem behandelnden Arzt bzw. mitbehandelnden Ärzten mitgeteilt. Es steht Ihnen zu jeder Zeit frei, die Einwilligungserklärung zu widerrufen oder von der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse Abstand zu nehmen.

Ich gebe mein Einverständnis, dass

- bei mir
- bei meinem Sohn/meiner Tochter (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

die vom zuständigen Arzt empfohlene Analyse zur weiteren Abklärung durchgeführt wird.

Ich stimme auch der Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke zu.

- Ja
- Nein

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/des gesetzlichen Vertreters