



## 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 (keine Auswahl wird als "Nein" gewertet):

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

Ich erkläre mich darüber hinaus damit einverstanden (Nichtzutreffendes bitte durchstreichen),

- dass die vom zuständigen Arzt empfohlene Analyse zur weiteren Abklärung durchgeführt wird.
- dass überschüssiges Material zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und Nachanforderungen durch Ihren Arzt aufbewahrt wird.
- dass das Material neben der Qualitätssicherung auch für Forschungs- und Entwicklungsarbeit verwendet werden kann. Letzteres kann zur Verbesserung und Erweiterung der Krebsdiagnostik beitragen sowie neue therapeutische Ansätze identifizieren und/oder überprüfen. Dabei werden im Falle wissenschaftlicher Veröffentlichungen (ggf. mit wissenschaftlichen Kooperationspartnern) Ihre Daten ausschließlich in anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form verwendet.
- dass gemäß gesetzlichen Regelungen die Aufbewahrungsfrist der Ergebnisse 10 Jahre beträgt.
- dass für Daten, welche für wissenschaftliche Zwecke erhoben wurden, keine Löschung vorgesehen ist.

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.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Patienten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des gesetzlichen Vertreters

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters