

GMALL: Einsendebogen MRD

Patientendaten (Patientenaufkleber)

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht M W

Straße _____

Wohnort _____

Klinikanschrift (Stempel)

Anfordernder Arzt (Druckschrift) _____

Tel: _____

Anfordernder Arzt (Unterschrift) _____

(Bitte Patienteneinverständniserklärung beilegen)

FAX für Vorab-Befundmitteilung _____

(Fax-Gerät muss vor Fremdzugriff geschützt sein)

Material:

- Knochenmark (5-10 ml, EDTA)
 ggf. peripheres Blut (≥ 10 ml, EDTA)
 Stammzellpräparat (mind. 10⁷ Zellen)
 Liquor

- Beckenkamm-Trepanat (trocken, Ø Additiva)
 Biopsie-Material (trocken, Ø Additiva) _____
 Erguss-Material (mind. 10ml, nativ)
 Ascites
 Pleuraerguss
 Perikarderguss
 Sonstiges _____

Datum und Uhrzeit der Materialentnahme: ____/____/____ : ____

Diagnose (bitte Subtyp angeben)

- T-Linien ALL Subtyp: _____
 B-Linien ALL Subtyp: _____

Status zum Zeitpunkt der Materialentnahme:

- Primärdiagnose** (bitte Blastenanteil angeben)
 - Blastenanteil im Blut: _____ %
 - Blastenanteil im KM: _____ %
 Verlaufsmaterial
 - bitte Therapiezeitpunkt im Block rechts spezifizieren
 Rezidiv
 gesichert Lokalisation: _____
 Verdacht auf Rezidiv Lokalisation: _____

Studie:

- GMALL 08
 GMALL Register
 GMALL 07/2003
 GMALL Elderly 01/2003
 GMALL T-LBL
 GMALL B-ALL/NHL 1/2002
 Andere: _____

AUFTRAG:

- MRD-Analyse**
 über Klinik (gegen Rechnung)
 Labor-Überweisungsschein (Muster 10)
 §116b
 Privatabrechnung
 Proben-Asservierung
 (spätere MRD-Analyse nach Auftragserteilung möglich)

Therapiezeitpunkt:

- nach Induktion I
 nach Induktion II
 vor Konsolidation I
 nach Kons. I / vor Kons. II
 vor Reinduktion
 vor Konsolidation III
 vor Konsolidation IV
 vor Konsolidation V
 nach Konsolidation VI
 Erhaltung Monat _____
 Nachbeobachtung Monat _____
 vor allo-SZT
 nach allo-SZT Monat _____
 anderer Zeitpunkt _____

Bitte der Einsendung beifügen an das:

Hämatologie Labor Kiel

Sektion für Hämatologische Spezialdiagnostik
Langer Segen 8-10
24105 Kiel

Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Blut, Knochenmark oder Tumorgewebe auf biologische Veränderungen der möglicherweise für die Erkrankung verantwortlichen Gene untersucht wird, um dadurch eine genauere Diagnostik und bessere Beurteilung meiner Erkrankung zu ermöglichen. Überschüssiges Material wird nach Abschluss des Untersuchungsauftrags zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und Qualitätssicherung sowie für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten ggf. über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren aufbewahrt. Nicht verbrauchtes Probenmaterial kann zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung hämatologisch-onkologischer Erkrankungen in anonymisierter Form verwendet werden. Zur gesetzlich vorgeschriebenen Archivierung werden die probenbezogenen Dokumente durch ein Dienstleistungsunternehmen digitalisiert und mikroverfilmt. Hiermit erteile ich zu diesen Punkten meine Einwilligung (nicht Zutreffendes bitte streichen).

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Einwilligung zur Analyse jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen. Sie haben das Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen), eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit zu stoppen und die Vernichtung allen Untersuchungsmaterials sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse zu verlangen.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Patientin/en bzw. des gesetzlichen Vertreters