

Patientenetikett

Kompetenzzentrum für
Molekularbiologie und Genetik

Priv.-Doz. Mag.Dr. Otto Zach
T: +43-(0)732-7676-4450
F: +43-(0)732-7676-4498
otto.zach@ordensklinikum.at

Zuweisendes Krankenhaus / Station: _____

Abnahmedatum: _____

Abnahmeuhrzeit: _____

Diagnose: _____

Übernahmedatum: _____

Übernahmeuhrzeit: _____

Stadium: _____

Diagnosedatum: _____

MIT Einverständniserklärung

elisabethinen.or.at/fileadmin/user_upload/Downloads/KMG/GEN_2_1_A_Einverstaendniserklaerung_zur_genetischen_Analyse_01.pdf

4ml EDTA Blut

- | | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Thrombophilie Screening (Prothrombin, Faktor V) | <input type="checkbox"/> VKORC1 | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Lactose Intoleranz | <input type="checkbox"/> CYP2C9*3 | <input type="checkbox"/> Familiäres MMF |
| <input type="checkbox"/> Fructose Intoleranz | <input type="checkbox"/> CYP2D6 | <input type="checkbox"/> UGT1A1 |

OHNE Einverständniserklärung

- | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 10ml EDTA Blut | <input type="checkbox"/> 5ml EDTA KM | | | | |
| <input type="checkbox"/> Chimärismus | <input type="checkbox"/> NOD2/CARD15 | <input type="checkbox"/> IL10 C-592A | <input type="checkbox"/> MPO G-463A 0 | | |
| <input type="checkbox"/> Multiplex-PCR: beinhaltet <u>alle</u> Split-out PCR Reaktionen | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Split-out PCR | | | | | |
| <input type="checkbox"/> t(X;11)(q13;q23) MLL/AFX | <input type="checkbox"/> TAL1D SIL/TAL1 | <input type="checkbox"/> t(1;11)(q21;q23) MLL/AF1q | | | |
| <input type="checkbox"/> t(1;11)(p32;q23) MLL/AF1p | <input type="checkbox"/> t(1;19)(q23;p13) E2A/PBX1 | <input type="checkbox"/> t(2;5)(p23;q35) NPM/ALK | | | |
| <input type="checkbox"/> t(3;5)(q25;q34) NPM/MLF1 | <input type="checkbox"/> t(3;21)(q26;q22) AML1/MDS1 | <input type="checkbox"/> t(4;11)(q21;q23) MLL/AF4 | | | |
| <input type="checkbox"/> t(5;12)(q33;p13) TEL/PDGFR | <input type="checkbox"/> t(5;17)(q35;q22) NPM(S)/RAR | <input type="checkbox"/> t(6;9)(p23;q34) DEK/CAN | | | |
| <input type="checkbox"/> t(6;11)(q27;q23) MLL/AF6 | <input type="checkbox"/> t(8;21)(q22;q22) AML/ETO | <input type="checkbox"/> t(9;9) SET/CAN | | | |
| <input type="checkbox"/> t(9;11)(p22;q23) MLL/AF9 | <input type="checkbox"/> t(9;12)(q34;p13) TEL/ABL | <input type="checkbox"/> t(9;22)(q34;q11) BCR/ABL | | | |
| <input type="checkbox"/> t(10;11)(p12;q23) MLL/AF10 | <input type="checkbox"/> dupMLL(11q23) MLL/MLL | <input type="checkbox"/> t(11;17)(q23;q21) PLZF/RAR | | | |
| <input type="checkbox"/> t(11;17)(q23;q21) MLL/AF17 | <input type="checkbox"/> t(11;19)(q23;p13.1) MLL/ELL | <input type="checkbox"/> t(11;19)(q23;p13.3) MLL/ENL | | | |
| <input type="checkbox"/> t(12;21)(p13;q22) TEL/AML1 | <input type="checkbox"/> t(15;17)(q21;q22) PML/RAR α | <input type="checkbox"/> inv(16)(p13q22) CBF/MYH11 | | | |
| <input type="checkbox"/> t(16;21)(p11;q22) TLS/ERG | <input type="checkbox"/> t(17;19)(q22;p13) E2A/HLF | | | | |
| <input type="checkbox"/> ALL MRD | <input type="checkbox"/> IG-Rearrangement | <input type="checkbox"/> TCR-Rearrangement | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> TP53 Mutationen | <input type="checkbox"/> KIT Mutationen | <input type="checkbox"/> CEBPA Mutation | <input type="checkbox"/> KRas Codon12/13 | <input type="checkbox"/> BRAF V600 | |
| <input type="checkbox"/> NRAS Mutationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Quantitative PCR: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> AML/ETO | <input type="checkbox"/> BCR/ABL | <input type="checkbox"/> CBF/MYH11 | <input type="checkbox"/> PML/RARA | <input type="checkbox"/> CyclinD1 | <input type="checkbox"/> SOX11 |
| <input type="checkbox"/> NPM1 Exon-12 | <input type="checkbox"/> WT1 | <input type="checkbox"/> BAALC | <input type="checkbox"/> ERG | <input type="checkbox"/> t(11;14)
BCL1 | <input type="checkbox"/> t(14;18)
BCL2 |
| <input type="checkbox"/> JAK2 V617F | <input type="checkbox"/> CALR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> andere: | | | | | |

Unterschrift: _____

Laborleitung: Dr. G. Webersinke / Doz. O. Zach

Medizinische Leitung:

Inst. f. klin. Pathologie und Molekularpathologie,

Prof. Dr. F. Moinfar /

Hämatologie & Onkologie, **Prof. Dr. A. Petzer**

Ordensklinikum Linz GmbH

Barmherzige Schwestern

A-4010 Linz, Seilerstätte 4

Telefon **0732 / 7677-7597**

Fax **0732 / 7677-7537**

e-mail: LMGD@ordensklinikum.at

http:// www.ordensklinikum.at/LMGD



Patientenetikette

Geschlecht: ♂ ♀

Patient: Name, Geburtsdatum, Soz. Vers., Adresse, inkl. PLZ

Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir (bei meinem Kind/Besuchswarteten) eine genetische Analyse zur Abklärung der klinischen Diagnose / des Überträgerstatus durchgeführt wird. Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der Genanalyse sowie mögliche Fehlerquellen aufgeklärt. Sollte eine Untersuchung in unserem Labor nicht möglich sein, stimme ich der Durchführung des Tests in einem anderen Labor zu.

Ich stimme einer molekulargenetischen Analyse zu hinsichtlich Verdacht/Abklärung/Therapieplanung auf

(z.B. Erkrankung, Untersuchung, Genlocus)

Untersuchung: Diagnostisch Prädiktiv Überträgerstatus

Nach § 71a Gentechnikgesetz dürfen Ergebnisse aus genetischen Analysen des Typs 2 und 3 nur sofern der Patient dem nicht schriftlich widersprochen hat, in Arztbriefen und Krankengeschichten dokumentiert werden. Auf die Möglichkeit des Widerspruches ist in der Beratung hinzuweisen.

Ich wurde über die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse in Arztbriefen bzw. Krankengeschichten informiert
 Ich lehne die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse ab

Ich erlaube eine Befundübermittlung an meinen betreuenden Arzt (ggf. Name des Arztes und Ort angeben!):

Genetische Untersuchungen könnten unklare Befunde oder Zufallsbefunde ergeben, auch ohne Zusammenhang mit der ursprünglichen Diagnose. Ich wurde vom beratenden Arzt über die speziellen Umstände informiert und möchte bei **relevanten Zufallsbefunden...**

- grundsätzlich informiert werden
- nur bei möglicher Vorbeugung/Therapie informiert werden
- grundsätzlich NICHT informiert werden

Überschüssiges Probenmaterial wird nach Abschluss aller Untersuchungen archiviert. Es könnte als Qualitätskontrollmaterial bei Untersuchungen oder anonymisiert in der Forschung zum Verständnis der Erkrankung eine wesentliche Rolle spielen.

- Ich bin mit der Verwendung von anonymisiertem überschüssigem Material für Qualitätskontrollen und wissenschaftliche Zwecke **nicht** einverstanden.

Name der/s Ratsuchenden / Patientin/en (Blockschrift)

Datum

Unterschrift

Arztin/Arzt (Blockschrift)

Datum

Unterschrift

Die Aufklärung muss nach §69 GTG durch einen in Humangenetik/medizinischer Genetik ausgebildeten Facharzt oder einen Facharzt für das entsprechende Indikationsgebiet durchgeführt werden.