

Auftrag zur genetischen Diagnostik: NASOPHARYNXKARZINOM

Gezielte Analytik der folgenden (DPYD-Varianten (LRG_722, NM_000110.3, OMIMP 274270, OMIMG 612779))

| Variante (weitere Namen) | Exon/Intron | dbSNP |
|--|-------------|------------|
| c.1905+1G>A (DPYD*2A, DPYD:IVS14 + 1G>A) | Intron 14 | rs3918290 |
| c.1679T>G (DPYD *13, p.(Ile560Ser)) | Exon 13 | rs55886062 |
| c.2846A>T (p.(Asp949Val)) | Exon 22 | rs67376798 |
| c.1129-5923C>G (HapB3) | Intron 10 | rs75017182 |

Angaben zur Probe: Probenentnahme am: _____ EDTA-Blut DNA

ungekühlter Versand am Entnahmetag. Min. 2 ml EDTA-Blut (ggf. Rücksprache)

Angaben zum Patienten: weiblich männlichGenetische Vorbefunde (Patient): ja nein**Angaben zum Einsender:** _____

Arztname, ggf. Station (Druckschrift)

Telefon

Fax

Angaben zum Kostenträger NPC-2016 Register
 andere, bitte ausführen, ggf. Rücksprache:**Einwilligung nach Gendiagnostikgesetz****Nach Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) bin ich mit den genetischen Untersuchungen entsprechend der beiliegenden Anforderung bzw. zur Klärung der o.g. klinischen Fragestellung einverstanden.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blut- bzw. Gewebeentnahme.

Nach Vorgaben des GenDG muss das Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Analyse vernichtet werden. Es ist aber sinnvoll, verbleibendes Untersuchungsmaterial für verschiedene Zwecke aufzubewahren. Hiermit überlasse ich dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat, nicht mehr benötigtes Untersuchungsmaterial für Qualitätssicherungen, zum Zwecke der Lehre oder für wissenschaftliche Fragestellungen. Das GenDG sieht vor, dass die Ergebnisse der Untersuchungen nach 10 Jahren vernichtet werden sollen. Das hat zur Folge, dass wichtige Informationen über den 10-Jahres-Zeitraum hinaus nicht mehr zur Verfügung stehen. Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form auch über den Zeitraum von 10 Jahren gespeichert und ggf. in verschlüsselter Form (sog. pseudonymisierter) für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden.

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ich bin damit einverstanden, dass zusätzlich erhobene Befunde, die mit der Fragestellung nicht in Verbindung stehen, in der Regel nur dann mitgeteilt werden, wenn sich hieraus unmittelbare Konsequenzen für die medizinische Betreuung der untersuchten Personen ergeben. Gegebenenfalls bestätigt die laut GenDG verantwortliche ärztliche Person mit ihrer Unterschrift, dass ihr die Einverständniserklärung vorliegt.

Mir ist bekannt, dass ich die gemachten Einwilligungen bis zur Befundversendung jederzeit ohne Angabe von Gründen oder persönliche Nachteile schriftlich widerrufen kann. Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden.

Datum

Unterschrift des Patienten / gesetzl. Vertreters

Unterschrift Arzt (leserlich)