

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname		geb. am
Kostenträgerkennung	Versichertenr.	Status
Betriebsstättenr.	Arztnr.	Datum
Arztstempel		

Versichertenstatus:

Stationär:

- privat  
 Kasse

Ambulant:

- privat  
 Kasse\*  
 \*(Überweisungsschein Muster 10 mit Diagnose & Auftrag)  
 § 116b

**MHH** Medizinische Hochschule Hannover

**Institut für Humangenetik**

Direktorin  
 Prof. Dr. med. Nataliya Di Donato

OE 6300  
 Carl-Neuberg-Str. 1  
 30625 Hannover  
<https://www.mhh.de/humangenetik>



Deutsche Akkreditierungsstelle  
 D-ML-13168-01-00

## Onkogenetischer Untersuchungsauftrag des Fanconi-Registers

Ansprechpartnerinnen: Prof. Dr. med. Anke Bergmann und Dr. rer. nat. Yvonne Behrens

Tel. 0511 – 532 3114, Fax 0511 – 532 4521

Diagnose: \_\_\_\_\_

Studien-ID: \_\_\_\_\_

Material:

- 5-10 ml Knochenmark, Li-Heparin  
 5ml Knochenmark Li-EDTA

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

spezielle Anforderungen \_\_\_\_\_

### Einverständnis des Patienten/der Patientin/des (gesetzl.) Vertreters (gem. GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung)

– bzw. ggf. Kopie einer gem. GenDG verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung.  
 Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme. **Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden.** Sie können ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden. Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial überlasse ich hiermit dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat, für eine ggf. erforderliche oder gewünschte Überprüfung des Ergebnisses, weiterführende genetische Untersuchungen zur Diagnosefindung, laboranalytische Qualitätskontrollmaßnahmen, Lehre oder wissenschaftliche Zwecke. Mit der Asservierung von DNA/Plasma aus einer EDTA-Blutprobe von mir in der Biobank der MHH für Forschungszwecke bin ich einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

**(Nichtzutreffendes bitte streichen)**

Gegebenenfalls bestätige die laut GenDG verantwortliche ärztliche Person mit ihrer Unterschrift, dass ihr die Einverständniserklärung vorliegt.

**- Eine Kopie dieses Auftrags habe ich erhalten -**

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient/in / ggf. gesetzlicher Vertreter/in

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

\_\_\_\_\_  
 Name der/s Ärztin/Arztes in Druckschrift und  
 Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes

\_\_\_\_\_  
 Tel.-Nr. für Rückfragen