Krankenkasse bzw. Kostenträger	•			M ₄ H
Name, Vorname	geb. am	Vers	sichertenstatus:	Medizinische Hochschule Hannover
		Stat	tionär:	Institut für Humangenetik
Kostenträgerkennung Versich	nertennr. Status] privat] Kasse	Direktorin Prof. Dr. med. Nataliya Di Donato
Betriebsstättennr. Arztnr.	. Datum Arztstempel	Ami	bulant: privat Kasse* *(Überweisungsschein Muster mit Diagnose & Auftrag) § 116b	OE 6300 Carl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover https://www.mhh.de/humangenetik
		•	genetischen und zyto	ogenetischen Untersuchung
Ansprechpartner:	PD. Dr. med. Tim Ripp Tel. 0511 – 532 3114,		1521	
Untersuchungsmaterial:	Heparin-Knochenmark, g EDTA-Knochenmark, ggf.	gf. Heparin-Blut		
Indikation V.a., Diagnose Ergebnisse/Befunde von Vorun			rom, Systemerkrankung, sek. Leuk	ämie);
☐ Erstdiagnose	□ Verdacht auf	☐ V. a. Progress	□ V. a. Rezidiv	☐ Verlaufskontrolle
Studie: Studien-Nr.:				.n. Stammzelltransplantation □ geschlechtsdifferent transplantiert
Untersuchungsmateria	al: Abnahme-Datum	:		_
Knochenmark:	☐ Heparin (3-5 ml)	☐ EDTA (ca. 3	3 ml)	
Blut:	☐ Heparin (3-5 ml)			
Sonstiges:				_
☐ Standarddiagnostik b	ei V.a. myeloproliferat	ive Neoplasie (I	MPN)	
□ Standarddiagnostik b	ei V.a. primäre myeloi	sche Hypereosir	nophilie und Hypereosinopl	hiles Syndrom (pHES)
☐ Spezielle Anforderun	gen:			_
Befunde werden nachrichtli Dr. med. Axel Karow, Leitur		v, Pädiatrische Hä.	matologie und Onkologie, Erlai	Einwilligung umseitig bitte nicht vergessen!
Ort, Datum	Na	me der/s Ärztin/Arzt	es in Druckschrift	Unterschrift der/s verantwortlichen



Name Patient/in:	Geburtsdatum:	

Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz ersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz - GenDG) vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2529, 3672)

			Ja	Nein
Ich erkläre mich einverstanden mit (der Untersuchung genetischer Varianten im Zusammenhang mit d	der Tumorentstehung		
Anforderung meiner Krankenunterlagen, von ergänzendem Untersuchungsmaterial (z.B. Tumorgewebe) und weiterführende Untersuchungen durch Mitarbeiter der MHH bzw. der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ)				
Aufbewahrung relevanter Daten/Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, damit sie ggf. meinen Angehörigen für spätere Untersuchungen zur Verfügung stehen				
Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchungen zur Ergebniskontrolle, Qualitätssicherung und ggf. für neue Diagnostikmöglichkeiten				
Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Probenmaterial, Datenweitergabe (auch Asservierung von DNA/Plasma aus einer EDTA-Blutprobe bzw. Serum aus einer Serum-Blutprobe von mir in der Biobank der MHH) sowie Publikation von Ergebnissen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form im Rahmen von Forschungsprojekten				
Übermittlung meines Befunds an einen in gleicher Weise kompetenten Vertreter der verantwortlichen ärztlichen Person durch das beauftragte Labor - in Ausnahmefällen – sowie Befundmitteilung an mich durch diesen Vertreter				
Mitteilung von klinisch relevanten Forschungsergebnissen				
Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an mitbehandelnde Ärzte der MHH/des Ambulanzzentrums der MHH GmbH (MVZ), der MPN-Childhood Registry und an die folgenden Ärzte:				
nn, ohne dass mir daraus Nachteile er e Bearbeitung erforderlichen Austausch ochschule Hannover (MHH) bin ich ein er MHH. as Gendiagnostikgesetz (GenDG) forde orhersagenden) Analysen eine genetisc VDH) empfehlen darüber hinaus, die o n erteile hiermit die jederzeit widerrufli ersonenbezogene Daten i. S. d. § 46 Ni eauftragten Abrechnungsstelle (unimed	Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabatstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nich personenbezogener und medizinischer Daten zwischen dem Ambwerstanden. Eine Kopie der Einwilligungserklärung habe ich erhalter it für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eche Beratung. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) u.g. Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären. Iche Einwilligung, dass durch die MHH Behandlungsdaten und –un r. 13 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) bzw. Art. 4 Nr. 15 Datensch, Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Le des Inkassos zur Verfügung gestellt werden. Insoweit entbinde ich	cht zu erfahren Recht auf Nich- bulanzzentrum der MHH GmbH in. Das Original verbleibt am Ins- eine schriftliche Einwilligung sow und der Berufsverband Deutsche terlagen, auch soweit es sich hi- hutzgrundverordnung (DSGVO) Jwer-Str. 17-19, 66687 Noswer	twissen). Nund der M titut für H wie vor prä r Humang erbei um k handelt, c ndel) ausse	Mit einem edizinisch umangene ädiktiven enetiker pesondere ler damit chließlich
Ort, Datum	Unterschrift Patient/in / ggf. gesetzlicher Vertreter/in			
Ort, Datum	Name der/s Ärztin/Arztes in Druckschrift	 Unterschrift der/s ve Ärztin/Ar		chen