

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname		geb. am
Kostenträgerkennung	Versichertenr.	Status
Betriebsstättennr.	Arztnr.	Datum
<b>Arztstempel</b>		

Versichertenstatus:

Stationär:

☐ privat  
☐ Kasse

Ambulant:

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



**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>



**DAKkS**  
Deutsche  
Akkreditierungsstelle  
D-ML-13168-01-00

## Neutropenie-Langzeitbeobachtungsstudie und SCNIR

### Auftrag zur (molekular-)zytogenetischen Referenzdiagnostik

**HINWEIS** Eine Kostenübernahme für die Untersuchungen ist im Rahmen der Beobachtungsstudie/SCNIR derzeit nicht möglich !!!

**Ansprechpartner:** PD. Dr. med. Tim Ripperger, PhD  
Tel. 0511 – 532 3114, Fax 0511 – 532 4521

**Untersuchungsmaterial:** Heparin-Knochenmark, ggf. Heparin-Blut  
EDTA-Knochenmark, ggf. EDTA-Blut

**V.a., Diagnose, Fragestellung, Besonderheiten (z.B. Down-Syndrom, Systemerkrankung, sek. Leukämie):**  
Ergebnisse/Befunde von Voruntersuchungen (ggf. bitte in Kopie beilegen)

Bekannte krankheitsursächliche Variante(n) in ☐ ELANE ☐ HAX1 ☐ G6PC3 ☐ JAGN1 ☐ SRP54 ☐ SBDS ☐ \_\_\_\_\_  
Studie: \_\_\_\_\_ ☐ männlich ☐ Z.n. SZT  
Studien-Nr.: \_\_\_\_\_ ☐ weiblich falls ja ☐ geschlechtsdifferent

☐ Erstdiagnose ☐ V. a. Progress ☐ V. a. Rezidiv ☐ Verlaufskontrolle

**Untersuchungsmaterial:** Abnahme-Datum: \_\_\_\_\_

**Knochenmark:** ☐ Heparin (3-5 ml) ☐ EDTA (ca. 3 ml)

**Blut:** ☐ Heparin (3-5 ml) ☐ EDTA (ca. 3 ml)

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

☐ **Chromosomenanalyse und FISH: 7q31/CEP7, CEP 8**

☐ **Spezielle Anforderungen:** \_\_\_\_\_

*Befunde werden nachrichtlich verschickt an:*  
SCNIR Europe, MHH, Kinderklinik, z.Hd. Dr. Cornelia Zeidler, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover  
EWOG Studienzentrale, Universitätsklinikum Freiburg

**Einwilligung umseitig  
bitte nicht vergessen!**

Ort, Datum

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

Tel.-Nr. für Rückfragen

**Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz**

Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz - GenDG) vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2529, 3672)

	Ja	Nein
<b>Ich erkläre mich einverstanden mit der Untersuchung genetischer Varianten im Zusammenhang mit der Tumorentstehung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anforderung meiner Krankenunterlagen</b> , von ergänzendem <b>Untersuchungsmaterial</b> (z.B. Tumorgewebe) und weiterführende <b>Untersuchungen</b> durch Mitarbeiter der MHH bzw. der Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aufbewahrung relevanter Daten/Untersuchungsergebnisse</b> über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, damit sie ggf. meinen Angehörigen für spätere Untersuchungen zur Verfügung stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aufbewahrung und Verwendung</b> von überschüssigem Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchungen zur Ergebniskontrolle, Qualitätssicherung und ggf. für neue <b>Diagnostikmöglichkeiten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aufbewahrung und Verwendung</b> 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 <b>Forschungsprojekten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Übermittlung</b> meines Befunds an einen in gleicher Weise kompetenten <b>Vertreter der verantwortlichen ärztlichen Person</b> durch das beauftragte Labor - in <b>Ausnahmefällen</b> – sowie Befundmitteilung an mich durch diesen Vertreter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mitteilung von klinisch relevanten Forschungsergebnissen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an mitbehandelnde Ärzte</b> der MHH/des Ambulanzentrums der MHH GmbH (MVZ), der SCNIR Europazentrale, der EVOG-MDS Studie und an die folgenden Ärzte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hiermit erkläre ich, dass ich ausreichend über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft sowie mögliche Risiken und psychosoziale Auswirkungen der Untersuchungen aufgeklärt worden bin. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mit einem für die Bearbeitung erforderlichen Austausch personenbezogener und medizinischer Daten zwischen dem Ambulanzzentrum der MHH GmbH und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) bin ich einverstanden. Eine Kopie der Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt am Institut für Humangenetik der MHH.

Das Gendiagnostikgesetz (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine ausführliche Aufklärung und eine schriftliche Einwilligung sowie vor prädiktiven (vorhersagenden) Analysen eine genetische Beratung. Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen darüber hinaus, die o.g. Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären.

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass durch die MHH Behandlungsdaten und –unterlagen, auch soweit es sich hierbei um besondere personenbezogene Daten i. S. d. § 46 Nr. 13 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) bzw. Art. 4 Nr. 15 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) handelt, der damit beauftragten Abrechnungsstelle (unimed, Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Str. 17-19, 66687 Noswendel) ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung gestellt werden. Insoweit entbinde ich die MHH ausdrücklich von Ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in / ggf. gesetzlicher  
Vertreter/in

Ort, Datum

Name der/s Ärztin/Arztes in Druckschrift

Unterschrift der/s verantwortlichen  
Ärztin/Arztes