

**Patientenetikett**

oder

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

geb. Dat.: \_\_\_\_\_

Pat.-ID.: \_\_\_\_\_

**Interdisziplinäre molekular-onkologische Diagnostik**

- Institut für Pathologie (Prof. Dr. C. Denkert)
- Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie (Prof. Dr. A. Neubauer, Dr. E. Mack)
- Comprehensive Cancer Center (Prof. Dr. T. Wündisch)

Hausanschrift: Baldingerstraße, 35043 Marburg

Telefon: (06421) 58-62427 (Befundauskunft Pathologie)  
 (06421) 58-65306 (Molekularbiol. Labor Hämatologie)  
 (06421) 58-62729 (Sekretariat CCC)  
 Telefax: (06421) 58-65640 (Pathologie)

**Einwilligungserklärung****Molekulares Tumorboard und Next Generation Sequencing (Aufklärung nach Gendiagnostikgesetz)**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre behandelnde Ärztin/Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen die Vorstellung Ihres Falles im **molekularen Tumorboard** (MTB) empfohlen. Grundlage der Fallbesprechung im MTB ist eine molekulargenetische Untersuchung des Tumors, die Ihr/e Ärztin/Arzt nun ebenfalls veranlassen wird bzw. bereits veranlasst hat.

*Hintergrundinformation: Für molekulargenetische Analysen werden aus einer Tumorprobe DNA (der „Originalbauplan“ der Zellen) und RNA (die Kopie des Bauplans) isoliert und durch Gensequenzierung (d.h. „Auslesen bestimmter Abschnitte“ mit modernsten technologischen Verfahren) auf das Vorliegen von Veränderungen untersucht, die zu tumorauslösenden Fehlfunktionen führen und Angriffspunkte für eine Therapie bieten. In seltenen Fällen können dabei auch angeborene Varianten entdeckt werden. Über solche Zufallsbefunde werden wir Sie nur informieren, wenn wir diese aus ärztlicher Sicht bzw. auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse als relevant einschätzen und wenn Sie dies ausdrücklich wünschen.*

Die Ergebnisse der molekulargenetischen Analysen werden im MTB von Experten aus den Bereichen Pathologie, Molekularpathologie, Bioinformatik, Humangenetik und klinischer Onkologie in Zusammenschau mit Ihrer bisherigen Krankengeschichte diskutiert, um eine Therapieempfehlung für Sie abzuleiten. Alle Anwesenden unterliegen der Schweigepflicht.

Viele Medikamente, die das Tumorwachstum behindern können, befinden sich noch in sehr frühen Entwicklungsphasen oder sind nur für andere Tumorarten als der bei Ihnen festgestellten Erkrankung zugelassen. Daher ergibt sich nicht aus jeder Veränderung eine unmittelbare Therapiemöglichkeit oder eine Therapie ist nur im Rahmen einer klinischen Studie oder als sogenannte *off-label*-Therapie durchführbar. Über jede konkrete Therapie, die bei Ihnen tatsächlich angewendet werden soll, werden Sie in jedem Fall vor Beginn der Behandlung von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt gesondert aufgeklärt und nach Ihrem Einverständnis gefragt. Sollte bei Ihnen eine *off-label* Therapie angewendet werden sollen, muss zudem vor Therapiebeginn geklärt werden, ob Ihre Krankenkasse die Kosten dafür übernimmt.

Ich wurde von Frau/Herrn (Dr. med.) \_\_\_\_\_ ausführlich und verständlich über das molekulare Tumorboard und die notwendigen genetischen Untersuchungen aufgeklärt.

Ich bin mit der Besprechung meines Falles im MTB einverstanden. Informationen zu meiner Krankengeschichte und Befunde einschließlich molekulargenetischer Befunde dürfen zu diesem Zweck an das MTB übermittelt werden.

JA  NEIN

Ich bin grundsätzlich mit einer *off-label*-Therapie einverstanden, falls das MTB eine solche empfiehlt. Über konkrete Therapien, die in meinem Fall angewendet werden sollen, werde ich zu einem späteren Zeitpunkt aufgeklärt

JA  NEIN

*Falls noch keine molekularen Befunde vorhanden sind*

Meine Zell- bzw. Gewebeproben dürfen mittels *Next Generation*-Sequenzierung untersucht werden. Reste des Untersuchungsmaterials dürfen zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, der Qualitätssicherung oder für eventuelle spätere diagnostische Untersuchungen aufbewahrt werden.

JA  NEIN

Über **relevante Zufallsbefunde** möchte ich informiert werden.

JA  NEIN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in\_\_\_\_\_  
Name Patient/in in DRUCKBUCHSTABEN\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Ärztin\_\_\_\_\_  
Name Arzt/Ärztin in DRUCKBUCHSTABEN**Bitte wenden**

Seite 1 von 2

