

Patient/in, Geburtsdatum

Verantwortliche/r Ärztin / Arzt:

Einsendende/r Ärztin/Arzt
Praxis Stempel**Patienteninformation (Oncobeam RAS Test)**

Bösartige Erkrankungen entstehen durch unterschiedliche Mutationen. Der Nachweis dieser Mutationen kann für die optimale Therapieauswahl entscheidend sein.

Bei Darmkrebs ist eine Untersuchung auf das Vorliegen von RAS Mutationen angeraten, um die Einschätzung der Therapiemöglichkeiten zu verbessern.

Eine solche Untersuchung darf vorgenommen werden, wenn Sie nach einer ausführlichen Aufklärung schriftlich in diese Untersuchung eingewilligt haben.

Einwilligung

Ich bin mit der ein- oder mehrmaligen Abnahme einer Blutprobe für die oben genannte genetische Untersuchung, deren Durchführung sowie mit der Mitteilung der Ergebnisse einverstanden. Ich bin über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der Untersuchung ausführlich aufgeklärt worden. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß §950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchführt. Die Untersuchungsergebnisse müssen nicht nach 10 Jahren vernichtet werden. Sie werden in anonymisierter Form aufbewahrt.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Arzt / Ärztin

Unterschrift Patient / Patientin
bzw. der gesetzlichen Vertretung