UNTERSUCHUNGSAUFTRAG
Initiative Translationale Biomarker
Molekulare Affinitätsanalyse

INITIATIVE TRANSLATIONALE BIOMARKER

Patienteninformationen (pseudonymisiert*)

Patientenencode / Kürzel: _____

Alter (Jahre): _____ Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d

Diagnose/Tumorentität: _____

Stadium/Grad: _____

Diagnosedatum (Monat/Jahr): _____

Metastasen: ☐ nein ☐ ja Organe: _____

Vortherapien (kurz): _____

_____

Relevante Markerbefunde aus Routinediagnostik
(z. B. HER2, PD-L1, NGS): _____

_____

* Bitte jede Probe eindeutig pseudonymisieren. Die Zuordnung zu den Patientendaten verbleibt ausschließlich im einsendenden Zentrum. Es dürfen keine direkt identifizierbaren Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Adresse etc.) an die ITB oder das Zentrallabor übermittelt werden.

Untersuchungsmaterial (mindestens 20% Tumorgehalt)

☐ FFPE Block (Formalin-Fixed, Paraffin-Embedded)

Blocknummer: _____

☐ Leerschnitte (FFPE, 3-5µm) auf Adhäsionsobjektträgern

Anzahl der Schnitte (mind. 10 Stück): _____

☐ HE-Präparat

Disclaimer

Die im Rahmen der Initiative Translationale Biomarker (ITB) angebotene Analyse ist eine Forschungsleistung (Research Use Only, RUO) und kein diagnostisch zugelassenes IVD-Verfahren.

Die Ergebnisse dienen ausschließlich der wissenschaftlichen Information und können im ärztlichen Team oder im molekularen Tumorboard diskutiert werden. Sie ersetzen keine Routinediagnostik und enthalten keine Therapieempfehlung.

Die Verantwortung für medizinische Entscheidungen liegt ausschließlich beim behandelnden Arzt. Die ITB und das Zentrallabor übernehmen keine Haftung für Entscheidungen, die auf Grundlage der bereitgestellten Daten getroffen werden.

Einsender/Klinik

Name, Vorname: _____

Einrichtung: _____

Straße: _____

PLZ/Stadt: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Patienteneinwilligung

☐ Es liegt eine gültige Patienteneinwilligung vor, die die Durchführung von Zusatzuntersuchungen am Gewebe, die pseudonymisierte Weitergabe klinischer Basisdaten sowie ggf. die Nutzung für wissenschaftliche Auswertungen/ Publikationen erlaubt. Die Einwilligung entspricht den jeweils geltenden rechtlichen Vorgaben.*

☐ Patient/in ist volljährig und einwilligungsfähig.

☐ Patient/in ist minderjährig. Die Einwilligung wurde durch die gesetzlichen Vertreter erteilt. Die Aufklärung erfolgte alters- und einsichtsgerecht, soweit möglich.

*Falls keine Einwilligung vorliegt, kann die entsprechende Vorlage im Downloadbereich heruntergeladen werden.

Kostenübernahme

☐ Ich beantrage die Kostenübernahme durch die Stiftung für Innovative Medizin.

(Die Entscheidung über die Kostenübernahme erfolgt im Einzelfall durch die Stiftung. In der Pilotphase werden die Testkosten in der Regel übernommen. Ein Rechtsanspruch besteht nicht.)

☐ Der Einsender übernimmt die Kostenpauschale der Testung in Höhe von 1.500 €.

(Rechnungsstellung erfolgt an die oben angegebene Einrichtung.)

Hinweise zur Einsendung

Bitte verpacken Sie Objektträger bruchsicher (z. B. in geeigneten Transportboxen). Der Versand kann bei Raumtemperatur erfolgen. Legen Sie den ausgefüllten Anforderungsschein bitte der Sendung bei.

Versandadresse:
ITB – Zentrallabor
Bavarian Biotech GmbH
Am Klopferspitz 19
82152 Planegg

Arzt: _____
(Druckbuchstaben)

_____ _____
Datum Unterschrift