

**Empfänger:**  
**Hirntumor-Referenzzentrum**  
**Institut für Neuropathologie**  
**Universitätsklinikum Bonn**  
**Sigmund-Freud-Straße 25**  
**53105 Bonn**

**Tel.: 0228 287 16606**

**Fax: 0228 287 14331**

**E-Mail: referenzzentrum@uni-bonn.de**

Patient: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

Operation am: \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

M Tumorlokalisation:

Geschlecht:  W \_\_\_\_\_

### Neuropathologie

Ein repräsentativer FFPE Tumorblock mit der Identifikationsnummer \_\_\_\_\_

liegt dieser Sendung bei. Für die reguläre Referenzpathologie liegt das Einsendeformular des Hirntumor-Referenzzentrums bei.

wurde innerhalb der vergangenen Woche an das Hirntumor-Referenzzentrum verschickt.

darf in der GPOH Gewebebank verbleiben oder  soll an das einsendende Institut zurückgeschickt werden.

Der Entnahme von 2 Gewebestanden von je 1 mm Durchmesser aus dem FFPE Block stimme ich zu.  Ja  Nein

(Vorläufige) Diagnose: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Stempel: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Onkologie

Das Einverständnis zur Teilnahme an der Studie „Molekulare Neuropathologie 2.0“ liegt vor (zwingend erforderlich).

\_\_\_\_\_  **Version 2 inkl. Informationsblatt zu Änderungen durch die EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)**

Eine Blutprobe (3 ml EDTA Blut) zur Gene Panel Sequenzierung liegt bei. Entnahmedatum: \_\_\_\_\_  
Tag Monat Jahr

oder

Eine Blutprobe (3 ml EDTA Blut) zur Gene Panel Sequenzierung wird innerhalb der nächsten 7 Tage nachgereicht.  
Blutproben können innerhalb von 24 h bei Raumtemperatur verschickt werden. Ohne Einsendung einer Blutprobe kann keine Gene Panel Sequenzierung erfolgen.

Der Patient/seine Sorgeberechtigten möchte/n über Hinweise auf evtl. hereditäre Tumorprädisposition informiert werden.

\_\_\_\_\_  Ja  Nein

oder

Eine Blutprobe wird nicht eingesandt. Eine Gene Panel Sequenzierung soll nicht durchgeführt werden.

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Stempel: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

**HTRZ NICHT VOM EINSENDER AUSZUFÜLLEN**

Eingangs-/Registrierungsdatum: \_\_\_\_\_

HTRZ Referenznummer: \_\_\_\_\_