

Erklärung des behandelnden Arztes

Hiermit fordere ich neben den In-Label Arzneimittelinformationen auch Off-Label Arzneimittelinformationen sowie Informationen über klinische Studien für die bei dem unten angegeben Patienten festgestellten Genmutationen an. Diese Informationen werden mir, soweit vorhanden, durch Übermittlung des FMI-Reports zur Verfügung gestellt.

Ort, Datum, Vor- und Nachname des behandelnden Arztes

Unterschrift des behandelnden Arztes

Patienteneinwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass zur Erstellung des FMI-Reports meine Daten einschließlich der Daten über

- Geburtsdatum , Geschlecht
- Diagnose, Stadium
- Internationale Klassifikation der Krankheit 10 (ICD 10 Code)
- Specimen I.D.
- Tumorgenom / DNA (in Gewebeprobe)
- Datum und Stelle der Probenentnahme

durch die Teilgemeinschaftspraxis Molekularpathologie Südbayern GbR, Nonnenwald 2, 82377 Penzberg in pseudonymisierter Form, d.h. Ersetzung meines Namens durch einen Verschlüsselungscode, an die FMI Germany GmbH, Nonnenwald 2, 82377 Penzberg, Deutschland sowie an die FMI Inc., 150 Second Street, Cambridge, MA 02141, USA („FMI Inc.“) übertragen werden.

Ich willige ein, dass FMI Inc. meine pseudonymisierten Daten zu anonymisierten Daten ohne jeglichen Personenbezug für wissenschaftliche Zwecke zur Erforschung auf dem Gebiet der somatischen Krebserkrankungen verarbeitet werden.

Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen zu widerrufen, ohne dass dies Nachteile für meine weitere medizinische Versorgung hat. Jedoch können die bis dahin erfassten Daten in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke weiter verwendet werden. Der Widerruf ist zu richten an die Teilgemeinschaftspraxis Molekularpathologie Südbayern GbR, Bau 433, Nonnenwald 2, 82377 Penzberg oder per E-Mail an penzberg@mpatho.de.

Ort, Datum, Vor- und Nachname des Patienten

Unterschrift des Patienten