

Einsendeschein

Krebsprädispositionssyndrom-Register

Liquid Biopsy

ADDRess

Krebsprädispositionssyndrom-Register
Klinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, OE 6780
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Einsender (Stempel)

Studien-ID _____

Patienteninitialen _____
Vorname Name

Geburtsquartal/-jahr _____

Einwilligung für folgende(s) Forschungsprojekt(e) liegt vor:

- KPS-Register Liquid Biopsy ADDRess

Diagnose: _____

Blut/Knochenmark

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blut (EDTA) | Entnahme am: _____ um: _____ |
| <input type="checkbox"/> Blut (Heparin) | Entnahme am: _____ um: _____ |
| <input type="checkbox"/> Blut (Serum) | Entnahme am: _____ um: _____ |
| <input type="checkbox"/> Blut (PAXgene®) | Entnahme am: _____ um: _____ |
| <input type="checkbox"/> Blut (NORGEN®) | Entnahme am: _____ um: _____ |

Knochenmark

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Knochenmark (EDTA) | Entnahme am: _____ um: _____ |
| <input type="checkbox"/> Knochenmark (Heparin) | Entnahme am: _____ um: _____ |

Sonstiges

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wangenschleimhautabstrich | Entnahme am: _____ um: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | Entnahme am: _____ um: _____ |

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Datum

Unterschrift