

# Einsendeschein

## Krebsprädispositionssyndrom-Register

### Liquid Biopsy

### ADDRess

Medizinische Hochschule Hannover  
Klinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie, OE 6780  
Krebsprädispositionssyndrom-Register  
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