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

☐ Blut (EDTA) Entnahme am: _____ um: _____

☐ Blut (NORGEN®) Entnahme am: _____ um: _____

Knochenmark

☐ Knochenmark (EDTA) Entnahme am: _____ um: _____

☐ Knochenmark (Heparin) Entnahme am: _____ um: _____

Sonstiges

☐ Wangenschleimhautabstrich Entnahme am: _____ um: _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____

_____ _____

Datum Unterschrift