

**INFORMATIONEN ZUM TEILNEHMER**

Studien-ID des Patienten	Geschlecht <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	Diagnose
--------------------------	---	----------

**INFORMATIONEN ZUM STANDORT/ZUR EINRICHTUNG**

Name des Standorts/der Institution	Standortnummer	Telefon	Fax
Adresse, Hausnummer	Stadt	Bundesstaat	Postleitzahl
Land	E-Mail-Adresse		

**PANEL-TEST-OPTIONEN:** Eine auswählen

Solider Tumor	<input type="radio"/> xT Solider Tumor + Normal ..... FFPE-Gewebe und peripheres Vollblut
	<input type="radio"/> xT Nur Solider Tumor (empfohlen, wenn keine passenden normalen Proben erhalten werden können) ..... FFPE-Gewebe
	<input type="radio"/> xT Solider Tumor + Normal + xF Konversion ..... FFPE-Gewebe und peripheres Vollblut
	<input type="radio"/> xF Flüssigbiopsie ..... Peripheres Vollblut
	<input type="radio"/> xE Komplettes Tumorexom + Normal ..... FFPE-Gewebe und peripheres Vollblut
	<input type="radio"/> xE Nur komplettes Tumorexom ..... FFPE-Gewebe

**STUDIENZEITPUNKT (SO FERN FÜR KLINISCHE STUDIE ZUTREFFEND)**

Studienzeitpunkt	<input type="checkbox"/> Screening	<input type="checkbox"/> Studienbeginn	<input type="checkbox"/> Behandlung: Zyklus ____ Tag ____	<input type="checkbox"/> Ende der Behandlung	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
------------------	------------------------------------	--	---	--	---

**INFORMATIONEN ZUR PROBE**

<input type="radio"/> <b>Tumorprobe</b> Probentyp: <input type="checkbox"/> FFPE-Block <input type="checkbox"/> FFPE-Objekträger <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Entnahmedatum: _____ Pathologischer Fall Nr.: _____ Pathologischer Block Nr.: _____ Anzahl Objekträger: _____ Datum des Objekträgerschnitts: _____ Anatomische Stelle: _____ Tumorgehalt: _____ <b>Verfahren zur Probenentnahme:</b> <input type="checkbox"/> Stanzbiopsie <input type="checkbox"/> Inzisionsbiopsie <input type="checkbox"/> Exzisionsbiopsie <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <i>HINWEIS: Sofern für die Studie erforderlich, fügen Sie bitte einen anonymisierten pathologischen Befund bei.</i>	<input type="radio"/> <b>Blutprobe</b> <input type="checkbox"/> Probe 1 Entnahmedatum: _____ <input type="checkbox"/> Probe 2 Entnahmedatum: _____
---	--

**ZUSÄTZLICHES PERSONAL, DAS EINE KOPIE ERHALTEN SOLL (VON ERGEBNISSEN UND MITTEILUNGEN)**

Name	E-mail
------	--------

**FORMULAR AUSGEFÜLLT VON**

Name	E-mail
------	--------

**ANFORDERNDER PRÜFER/UNTERSCHRIFT DES ARZTES**

Unterschrift	Datum der Unterschrift (TT/MM/JJJJ)
--------------	-------------------------------------

Eventuelle von Ihrer Einrichtung auferlegte Einschränkungen in Bezug auf die Übertragung von Daten können Sie Ihrer Vereinbarung mit Tempus entnehmen. Tempus darf nur Gesundheitsinformationen erhalten, für die Ihre Einrichtung die Zustimmung gegeben hat.