

An das
Institut für Neuropathologie
Univ.-Prof. Dr. C. Sommer
Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz
FAX-Nr. 06131/17-6606

Weitergabe von Untersuchungsgut
Anforderung

_____, den
(Ort)

Anforderung von Schnitten/Gewebe/Paraffinmaterial zur Beteiligung und Unterstützung klinischer Studien und anderer wissenschaftlicher Untersuchungen durch Einrichtungen der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität

Bitte leserlich ausfüllen !!

Patient: Name: Vorname: Geburtsdatum: Diagnose: NP-Nr. (falls vorhanden):	Einsender: Klinik/Station/Arzt/Tel/Fax
--	---

- Wir bitten um Zusendung von Schnitten, Paraffinblock, nativem Restmaterial (nicht Zutreffendes streichen) des o. g. Patienten, das aus **diagnostischen/therapeutischen** Gründen entnommen wurde (sog. „Rest- oder Überschußmaterial“)
- Wir bitten um Zusendung von Gewebe des o. g. Patienten, das aus **wissenschaftlichen** Gründen entnommen und gelagert wurde (sog. „wissenschaftliches Material“)
- Wir bitten um Versendung des Materials an den Referenzpathologen:
- Sonderwünsche (zusätzliche Erstellung von Präparaten/Färbungen) nachfolgend bitte genau spezifizieren:

Studentitel/Nr.:

Es wird bestätigt, dass das diesbezügliche Forschungsprojekt von der zuständigen Ethik-Kommission zustimmend beraten wurde und eine Einwilligung des Patienten zur geplanten wissenschaftlichen Nutzung im vollen Umfang vorliegt (Ort und Zweck der Nutzung). Bei Doktorarbeiten innerhalb des Universitätsklinikums wird bestätigt, dass die rechtlichen Voraussetzungen zur Nutzung des Gewebes erfüllt sind. Nach Abschluss des Forschungsprojekts vorhandenes Restgewebe/Unterlagen/Schnitte wird/werden Ihnen bis zum (*voraussichtliches Datum einsetzen*: _____) zurückgeschickt.

Zusätzlich wird bestätigt, dass für mögliche Rechtsfolgen oder Ansprüche, die aus dem Verlust des Materials in dem Zeitraum nach Herausgabe bis zur Rückgabe an das Institut für Pathologie erwachsen könnten, die anfordernde Klinik/Einrichtung die volle Verantwortung übernimmt.

Beachten Sie, dass die anfallenden Kosten (in der Regel 25-50 € pro Patient) in Rechnung gestellt werden.

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Arztes in Druckschrift und Kliniksstempel

Wird von der Neuropathologie ausgefüllt!

Untersuchungsgut aus dem Institut für Neuropathologie kann zur Verfügung gestellt werden

ja nein Datum _____ Unterschrift: _____
(Prof. Dr. C. Sommer)