

## Untersuchungsauftrag MARK53 Analyse

### Auftraggeber

(Nachname) ..... (Vorname) .....

(Geburtsdatum) ..... / ..... / .....

(Adresse) .....

(E-Mail) .....

(Telefon) .....

### Angaben zum Tumor

**Histologischen Befund des Tumors unbedingt mit dem Auftrag senden!**

**Oder** falls histologischer Befund nicht verfügbar:

Angaben zum Tumor (Diagnose) .....

letzte OP oder Tumorbiopsie (Datum) .....

wo (Klinikum/Abteilung/Institut) .....

### Bisherige/geplante Therapien

## Einverständniserklärung

zur Durchführung einer Genanalyse (MARK53 Analyse) zu medizinischen Zwecken:

Ich, Herr/Frau \_\_\_\_\_  
geb. am \_\_\_\_\_ stimme der Durchführung der MARK53 Gen-  
Analyse sowie der Verwendung der klinischen Daten zu.

Ich bestätige, dass ich über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der geplanten  
Genanalyse entsprechend dem Österreichischen Gentechnikgesetz aufgeklärt wurde.

Ich beauftrage ausdrücklich die Anforderung meines Tumorgewebes und  
meiner histologischen Befunde und ersuche die zuständige Pathologie um  
Überlassung von histologischem Schnitt- bzw. Blockgewebe zur Durchführung der  
MARK53 Analyse.

Ich bin mit einer anonymisierten, eventuellen Verwendung von verbleibendem  
Probenmaterial zur Qualitätskontrolle und für wissenschaftliche Untersuchungen  
einverstanden, ebenso mit der Verwendung meiner klinischen Daten für  
wissenschaftliche Auswertungen.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift Auftraggeber/Patient

.....  
Unterschrift aufklärender Arzt

## Der Befund des Mark53 Gentests ergeht

an meine oben genannte Adresse

an folgenden Arzt/Ärztin

(beide Optionen wählbar)

---

(Arzt - Stempel)

**Die Befundmitteilung erfolgt in der Regel schriftlich. Aus Datenschutzgründen ist keine telefonische Befundauskunft möglich. Das Mark53 Advisory Board sowie affilierte OnkologInnen können diese Ergebnisse mit Ihnen oder Ihrem Arzt erörtern.**

Ich bestätige, dass die **Kosten der Analyse von € 2300 exkl. MWST von mir zu tragen** sind und derzeit nicht erstattet werden.

**Die Rechnung über die Analysekosten soll**

an meine oben genannte Adresse

an folgende Rechnungsadresse

**gesendet werden:** (Rechnungsadresse)

.....  
Unterschrift Auftraggeber/Patient