***ANGABEN ZUM VEKTOR* [[1]](#footnote-1)**

**1. Es handelt sich um**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | ein **Virus**/einen **Phagen**; Bezeichnung: |
|  |  |
|  | ein **Viroid**; Bezeichnung: |
|  |  |
|  | ein bakterielles **Plasmid**; Bezeichnung: |
|  |  |
|  | ein **anderes Vektorsystem**; Bezeichnung und nähere Angaben |
|  | (z.B. Cosmid, Phasmid, YAC): |

**2. Charakterisierung des Vektors** (Vektorkarte mit Angabe der funktionellen Elemente bitte gesondert beifügen.)

*Hinweis:*

*Die folgenden Angaben entfallen bei Verwendung von kommerziell erhältlichen Vektoren, wenn die Produktinformation die in Nr. 2.1 bis 2.5 abgefragten Angaben enthält. In diesem Fall bitte die Produktinformation (Katalogseite etc.) einschließlich* ***Vektorkarte*** *beifügen.*

*Wenn der kommerziell erhältliche Vektor verändert wurde, bitte nur die zutreffenden nachfolgenden Punkte ausfüllen.*

**2.1** **Bezeichnung des Ursprungsvektors, von dem bei der Konstruktion des Vektors ausgegangen wurde:**

**2.2** **Bezeichnung und Herkunft des Replikons:**

**2.3** **Bezeichnung, Herkunft und Funktion** von Genen sowie deren regulatorischen Elementen (z.B. Promotoren, Enhancer, Terminationssequenzen):

**2.4** **Bezeichnung und Herkunft der Gene, die für Selektionszwecke benutzt werden können:**

**2.5** **Bezeichnung und Herkunft weiterer vorhandener Leserahmen:**

**3. Sonstige Angaben**

**3.1** **Angaben zu Wirtsspezifitäten:**

**3.2** **Angaben zur Mobilisierbarkeit:**

**3.3** **Angaben zur Co-Transfer-Rate:**

**3.4** **Ist ein eigenes Transfer-System vorhanden?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Ja |  | Nein |  |
|  |  |  |  |

Wenn **ja**, bitte nähere Angaben**:**

**3.5** **Besteht die Möglichkeit des Transfers durch endogene Helferviren?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Ja |  | Nein |  | Unbekannt |  |
|  |  |  |  |  |  |

Wenn **ja**, bitte nähere Angaben**:**

**3.6** **Besitzt der Vektor eine eigenständige Infektiosität?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Ja |  | Nein |  |
|  |  |  |  |

Wenn **ja**, bitte nähere Angaben. Wenn **nein**, bitte begründen.

**3.7** **Hat der Vektor ein tumorigenes Potential?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Ja |  | Nein |  | Unbekannt |  |
|  |  |  |  |  |  |

Wenn **ja**, bitte angeben, um welches es sich handelt:

1. Bei Verwendung mehrerer Vektoren ist jeweils ein gesondertes Formblatt GV auszufüllen.

   Bei Verwendung von Vektoren, die in der *Vektoren-Liste der ZKBS-Geschäftsstelle* genannt sind (z.Zt. verfügbar auf der Homepage des Robert Koch-Instituts), entfällt die Ausfüllung eines Formblattes GV. [↑](#footnote-ref-1)