

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Medizinische Klinik und Poliklinik I

Direktoren: Prof. Dr. med. G. Ehninger
Prof. Dr. med. M. Bornhäuser



Labor Zytogenetik Haus 65a

Tel.: (0351) 458-2517, 5619

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus – Fetscherstr. 74 – 01307 Dresden

Anforderungsschein Hämatologische Speziallabore

Name:.....
Geb.-Dat.:.....
Geschlecht: weiblich männlich
Station:.....

Zytogenetik MK1-L09

Haus 65a

Datum:

Bei ambulanten Patienten bitte einen Überweisungsschein Muster 10 beilegen!

<p><u>Zeitpunkt:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Erstdiagnose <input type="checkbox"/> Tag 15 <input type="checkbox"/> V.a. Rezidiv <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle <input type="checkbox"/> Remissionskontrolle</p> <p><input type="checkbox"/> bereits therapiert allogene SZT (Datum).....</p>	<p><u>Diagnose(n)</u></p> <p><input type="checkbox"/> MPS <input type="checkbox"/> AML <input type="checkbox"/> B-NHL <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> ALL <input type="checkbox"/> T-NHL <input type="checkbox"/> Plasmozytom <input type="checkbox"/> sonstige:</p>
<p><u>Untersuchungsmaterial:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Knochenmark <input type="checkbox"/> peripheres Blut <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Aspirat <input type="checkbox"/> 2. Aspirat Blasten:.....% <input type="checkbox"/> >2. Aspirat</p>	
<p><u>Fragestellung:</u>.....</p>	
<p><u>Vorbefund:</u>.....</p>	

Anfordernde(r) Ärztin/Arzt:

Tel.:

Unterschrift / Stempel

Ansprechpartner:

Dr. Brigitte Mohr

brigitte.mohr@uniklinikum-dresden.de

bei Rückfragen bitte wenden an:

Labor Zytogenetik
Haus 65a
Tel.: 0351/458 2517, 5619

Versandadresse:

Universitätsklinikum Dresden
Med. Klinik und Poliklinik I
Zytogenetisches Labor Haus 65a
MK1-L09
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

Untersuchungsmaterial:

Benötigt werden: 5ml Heparin- Knochenmark, steril
10ml Heparin- Blut, steril

geeignet sind Li-Heparin Standardmonovetten/-spritzen (200IE/ml)

Bitte keine selbst hergestellten Spritzen verwenden!

Einverständniserklärung und Probenlagerung

Einwilligung zur genetischen Untersuchung

Ich hatte Gelegenheit, mit meinem behandelnden Arzt/Ärztin über die Aussagekraft sowie die Konsequenz der geplanten genetischen Untersuchung zu sprechen. Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen.

Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und mit der Abnahme einer Probe und Durchführung einer genetischen Untersuchung wegen _____ einverstanden bin.

Erklärung zur Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial

Ich bin damit einverstanden, dass meine Proben nach Abschluss der Untersuchungen und der anschließenden Befundaussprache zum Zweck der Nachprüfbarkeit sowie für ggf. weitere diagnostische Untersuchungen archiviert werden.

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/ des Arztes