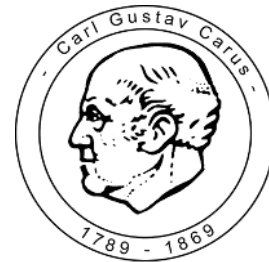


# Universitätsklinikum Carl Gustav Carus



## Medizinische Klinik und Poliklinik I

Direktoren: Prof. Dr. med. M. Bornhäuser  
Prof. Dr. med. J. Hampe

Labor Zytogenetik Haus 65

Tel.: (0351) 458-2517, 3377, 4885 Fax: (0351) 458-5370

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus – Fetscherstr. 74 – 01307 Dresden

### Anforderungsschein Zytogenetik

Bei ambulanten Patienten bitte einen Überweisungsschein Muster 10 beilegen!

Einwilligung (s. Rückseite) beachten!

## Zytogenetik MK1-L09 / Haus 65

Patienten-Etikett

Name:

Geb.:

Station:

Abnahmedatum:

Eingang:

Geschlecht:  weiblich  männlich

### Zeitpunkt

- Erstdiagnose
- Tag 15
- Verlaufskontrolle
- V. a. Rezidiv
- Remissionskontrolle
  
- nach SZT (Datum) .....
- Geschlecht des Spenders:  weiblich  
 männlich

### Diagnose

- MPS  MDS  AML
- ALL  B-NHL  T-NHL
- Plasmozytom
- sonstige:

.....

### Untersuchungsmaterial

- Knochenmark  peripheres Blut  Sonstiges.....
  
- 1. Aspirat  Blasten:.....%
- 2. Aspirat
- >2. Aspirat

### Fragestellung

### Vorbefund

### Anfordernde(r) Ärztin/Arzt

Unterschrift / Stempel

Tel.:



## Medizinische Klinik und Poliklinik I

Direktoren: Prof. Dr. med. M. Bornhäuser  
Prof. Dr. med. J. Hampe

Labor Zytogenetik Haus 65

Tel.: (0351) 458-2517, 3377, 4885 Fax: (0351) 458-5370

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus – Fetscherstr. 74 – 01307 Dresden

### Untersuchungsmaterial:

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

**Antikoagulanzen:** Li-Heparin Standardmonovetten/-spritzen (200IE/ml)  
**Bitte keine selbst hergestellten Spritzen verwenden!**

### Einwilligungserklärung zur Durchführung einer zytogenetischen 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 Durchführung einer zytogenetischen Untersuchung nach krankheitsspezifischen Veränderungen einverstanden bin.

Der Weitergabe von Untersuchungsergebnissen lt. § 11 des Gendiagnostikgesetzes – GenDG, stimme ich zu.

Ich stimme außerdem der Archivierung und weiteren Verwendung von überschüssigem Probenmaterial für folgende Zwecke zu:

(zutreffendes bitte ankreuzen)

- spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse
- weitere diagnostische Untersuchungen auf Anforderung meines Arztes
- Qualitätskontrollzwecke des Zytogenetischen Labors
- Forschungszwecke, die der Verbesserung von Prognoseabschätzung und Therapie von mir und anderen Patienten dienen
- Archivierungsfrist von 10 Jahren lt. § 12 des Gendiagnostikgesetzes – GenDG

*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*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in  
bzw. gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt