

# 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

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

<b>Patienten-Etikett</b> Name: Geb.: Station:	<b>Abnahmedatum:</b> Eingang: Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
--	--

<b>Zeitpunkt</b> <input type="checkbox"/> Erstdiagnose <input type="checkbox"/> Tag 15 <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle <input type="checkbox"/> V. a. Rezidiv <input type="checkbox"/> Remissionskontrolle  <input type="checkbox"/> nach SZT (Datum) ..... Geschlecht des Spenders: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<b>Diagnose</b> <input type="checkbox"/> MPS <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> AML <input type="checkbox"/> ALL <input type="checkbox"/> B-NHL <input type="checkbox"/> T-NHL <input type="checkbox"/> Plasmozytom <input type="checkbox"/> sonstige: .....
--	--

<b>Untersuchungsmaterial</b> <input type="checkbox"/> Knochenmark <input type="checkbox"/> peripheres Blut <input type="checkbox"/> Sonstiges.....  <input type="checkbox"/> 1. Aspirat <input type="checkbox"/> Blasten:.....% <input type="checkbox"/> 2. Aspirat <input type="checkbox"/> >2. Aspirat
---

<b>Fragestellung</b> .....
-------------------------------

<b>Vorbefund</b> .....
---------------------------

<b>Anfordernde(r) Ärztin/Arzt</b> 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

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus – Fetscherstr. 74 – 01307 Dresden

### Untersuchungsmaterial:

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

**Antikoagulanz:** 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.

#### **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.*

\_\_\_\_\_  
Datum

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

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