

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
tumorzytogenetischen 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. Ich willige und in die Durchführung einer tumorzytogenetischen Untersuchung nach krankheitsspezifischen Veränderungen einwillige ein.

- ja
 nein

Erklärung zur Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial

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

- ja
 nein

Schweigepflicht / Datenschutz

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

Diese Einverständniserklärung-Einwilligung kann ich-jederzeit ganz oder in Teilen schriftlich-ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Ich habe eine Kopie der Aufklärung und der Einwilligung erhalten.

Datum

Unterschrift Patient/in
bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Arzt

Formatiert: Schriftart: Fett

