



**MEDIZINISCHES
VERSÖRGUNGSZENTRUM
AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM**

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Probenversand an:

Haus 65, Labor Zytogenetik

Tel. +49 (0)351 458 2517, 3377, 4885

Ansprechpartnerin: Dr. Lisa Wagenführ

E-Mail: lisa.wagenfuehr@uniklinikum-dresden.de

Fachärzte für Humangenetik:

Prof. Dr. med. Evelin Schröck, Prof. Dr. med. Min Ae

Lee-Kirsch, Dr. med. Joseph, Porrmann, Dr. med. Arne Jahn

Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

Patient(in) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
_____	_____
Name, Vorname	geb.

Straße	
_____	_____
PLZ	Ort

Anforderungsschein Tumorzytogenetik

Bitte einen gültigen Überweisungsschein z.B. Muster 10 oder einen

Behandlungsvertrag beilegen! Bitte die Einwilligung (siehe Rückseite) beachten!

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

Untersuchungsmaterial	
Datum Materialentnahme ____ . ____ . ____	Uhrzeit ____ : ____ Uhr
Datum Materialeingang (Labor) ____ . ____ . ____	Uhrzeit ____ : ____ Uhr
<input type="checkbox"/> Knochenmark <input type="checkbox"/> peripheres Blut <input type="checkbox"/> Sonstiges.....	
<input type="checkbox"/> 1. Aspirat Blasten:.....%	
<input type="checkbox"/> 2. Aspirat	
<input type="checkbox"/> >2. Aspirat	

Fragestellung
.....

Vorbefund
.....

Anfordernde(r) Ärztin/Arzt	
Unterschrift / Stempel	Tel.:

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 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 und in die Durchführung einer tumorzytogenetischen Untersuchung nach krankheitsspezifischen Veränderungen einwillige. Ich willige ein, dass die Dokumentation meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes zentral elektronisch erfolgt, und dass alle an meiner Behandlung beteiligten Ärzte sowie nichtärztliches Personal auf diese Daten zugreifen und diese Daten einsehen dürfen.

Erklärung zur Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial

Ich 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.

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Patient/in
bzw. gesetzlicher Vertreter
Name, Vorname in Druckbuchstaben

Unterschrift Arzt
Namensstempel des Arztes