Patient(in)	☐ männlich	☐ weiblich	☐ divers

_____ _____
Name, Vorname geb.

_____
Straße

_____ _____
PLZ Ort

Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
Probenversand an:
Haus 65, Labor Zytogenetik
Tel. +49 (0)351 458 2517, 3377
Ansprechpartnerin: Dr. Lisa Wagenführ
E-Mail: lisa.wagenfuehr@uniklinikum-dresden.de
Fachärzte für Humangenetik:
Prof. Dr. Diana Le Duc, MD/PhD; Prof. Dr. med. Min Ae Lee-Kirsch; Dr. med. Joseph Porrmann; Dr. med. Arne Jahn; Dr. med. Marcus Franke; Dr. med. Jan Fischer
Email: genetische.ambulanz@uniklinikum-dresden.de

Anforderungsschein Tumorzytogenetik

Bitte einen gültigen Überweisungsschein z.B. Muster 10 oder einen Behandlungsvertrag beilegen! Bitte die Einwilligung (siehe Rückseite) beachten!

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

Datum Materialentnahme __ __ . __ __ . __ __ __ __ **Uhrzeit** __ __ : __ __ **Uhr**
Datum Materialeingang (Labor) __ __ . __ __ . __ __ __ __ **Uhrzeit** __ __ : __ __ **Uhr**

☐ Knochenmark ☐ peripheres Blut ☐ Sonstiges.....

☐ 1. Aspirat Blasten:.....%
☐ 2. Aspirat
☐ >2. Aspirat

Fragestellung

.....

Vorbefund

.....

Anfordernde(r) Ärztin/Arzt

Unterschrift / Stempel Tel.:

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 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