

Zum Ausfüllen für den Arzt

Einsendeschein zur genetischen Diagnostik

PROBENANNAHME VON MONTAG BIS SONNTAG!

Bitte senden an:	Labor-Nr.: _____ Eingangdatum: _____ Kontakt: Telefon Sekretariat: 0431 – 260928-0 Telefon Labor: 0431 – 260928-50 Fax : 0431 – 260928-13 E-Mail: institut@tumorgenetik-nord.de Internet: www.tumorgenetik-nord.de
Dr. med. Lana Harder Fachärztin für Humangenetik Steenbeker Weg 23 D-24106 Kiel	

Diagnostische Angaben	Patientendaten (ggf. Aufkleber):
Diagnose: _____ _____ Bemerkungen: _____ _____ Initialdiagnose <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle <input type="checkbox"/> Zytogenetischer Vorbefund (falls vorhanden): _____ Histologie veranlasst bei: _____ _____	Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geschlecht: Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Adresse (nur Privatpatienten): Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Krankenkasse: _____ Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> <i>(bitte Ü-Schein Muster 10 beilegen)</i> § 116b <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/>

Untersuchungsmaterial:
Blut <input type="checkbox"/> Knochenmark, KM-Blut <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> Anderes Material: _____

Angeforderte Untersuchung:		
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> Zytogenetik <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse: <i>(5-7ml Heparin-Knochenmark/Blut, ungekühlt; Lymphknoten bzw. Tumorgewebe in 0,9% Kochsalzlösung oder in RPMI-1640 Medium, ungekühlt)</i> <input type="checkbox"/> FISH: <i>(5-7ml Heparin-Knochenmark/Blut, ungekühlt und/oder Knochenmark- und Blutaussstriche luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt, Zytozentrifugen- und Tupfpräparate luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt, Kryokonservierte Gewebeproben/-schnitte auf Trockeneis, Paraffinschnitte von Gewebeproben)</i> <input type="checkbox"/> *Molekulargenetik (bitte spezifizieren): <i>(5-7ml EDTA-Knochenmark/Blut, ungekühlt)</i> </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <input type="checkbox"/> *Zytologie: <i>(Knochenmark- und Blutaussstriche luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt)</i> <input type="checkbox"/> *Konventionelle Histologie/Immunhistochemie: <i>(Gewebe im verschlossenen Gefäß mit 4%igem gepuffertem Formalin)</i> <input type="checkbox"/> *Durchflusszytometrie: <i>(5-7ml EDTA-Knochenmark/Blut, ungekühlt)</i> </td> </tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: small; color: red;">*Diese Untersuchungen werden von akkreditierten Kooperationspartnern durchgeführt</p>	Zytogenetik <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse: <i>(5-7ml Heparin-Knochenmark/Blut, ungekühlt; Lymphknoten bzw. Tumorgewebe in 0,9% Kochsalzlösung oder in RPMI-1640 Medium, ungekühlt)</i> <input type="checkbox"/> FISH: <i>(5-7ml Heparin-Knochenmark/Blut, ungekühlt und/oder Knochenmark- und Blutaussstriche luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt, Zytozentrifugen- und Tupfpräparate luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt, Kryokonservierte Gewebeproben/-schnitte auf Trockeneis, Paraffinschnitte von Gewebeproben)</i> <input type="checkbox"/> *Molekulargenetik (bitte spezifizieren): <i>(5-7ml EDTA-Knochenmark/Blut, ungekühlt)</i>	<input type="checkbox"/> *Zytologie: <i>(Knochenmark- und Blutaussstriche luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt)</i> <input type="checkbox"/> *Konventionelle Histologie/Immunhistochemie: <i>(Gewebe im verschlossenen Gefäß mit 4%igem gepuffertem Formalin)</i> <input type="checkbox"/> *Durchflusszytometrie: <i>(5-7ml EDTA-Knochenmark/Blut, ungekühlt)</i>
Zytogenetik <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse: <i>(5-7ml Heparin-Knochenmark/Blut, ungekühlt; Lymphknoten bzw. Tumorgewebe in 0,9% Kochsalzlösung oder in RPMI-1640 Medium, ungekühlt)</i> <input type="checkbox"/> FISH: <i>(5-7ml Heparin-Knochenmark/Blut, ungekühlt und/oder Knochenmark- und Blutaussstriche luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt, Zytozentrifugen- und Tupfpräparate luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt, Kryokonservierte Gewebeproben/-schnitte auf Trockeneis, Paraffinschnitte von Gewebeproben)</i> <input type="checkbox"/> *Molekulargenetik (bitte spezifizieren): <i>(5-7ml EDTA-Knochenmark/Blut, ungekühlt)</i>	<input type="checkbox"/> *Zytologie: <i>(Knochenmark- und Blutaussstriche luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt)</i> <input type="checkbox"/> *Konventionelle Histologie/Immunhistochemie: <i>(Gewebe im verschlossenen Gefäß mit 4%igem gepuffertem Formalin)</i> <input type="checkbox"/> *Durchflusszytometrie: <i>(5-7ml EDTA-Knochenmark/Blut, ungekühlt)</i>	

Ansprechpartner:
Telefonnummer für Rückfragen: _____ Fax-Nummer für die Befundmitteilung: _____ Ort: _____ Datum: _____ Name, Stempel und Unterschrift des anfordernden Arztes: _____

PATIENTENEINWILLIGUNG BITTE AUSFÜLLEN! (SIEHE NÄCHSTE SEITE)



Zum Ausfüllen für den Patienten

Einwilligung zur genetischen Analyse, Aufbewahrung und Verwendung des Untersuchungsmaterials

Bitte senden an:



Dr. med. Lana Harder
 Fachärztin für Humangenetik
 Steenbeker Weg 23
 D-24106 Kiel

Labor-Nr.: _____ Eingangsdatum: _____

Kontakt:
 Telefon Sekretariat: 0431 – 260928-0
 Telefon Labor: 0431 – 260928-50
 Fax : 0431 – 260928-13
 E-Mail: institut@tumorgenetik-nord.de
 Internet: www.tumorgenetik-nord.de

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Geschlecht: Männlich Weiblich

Adresse:
 Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Einwilligung zur angeforderten medizinischen Diagnostik		
Bei Ihnen besteht der Verdacht auf eine Erkrankung, die möglicherweise mit genetischen Veränderungen der betroffenen Zellen einhergeht. Um diesen Verdacht abzuklären, wurde Ihnen Untersuchungsmaterial (Blut, Knochenmark oder Gewebe) entnommen, das	auf <u>nicht erbliche</u> genetische Veränderungen (sog. somatische Mutationen) untersucht werden soll. Je nach Fragestellung werden dazu aus Ihrem Untersuchungsmaterial die Chromosomen und/oder das Erbmaterial (DNS) untersucht. Dabei können auch <u>erbliche</u>	genetische Veränderungen entdeckt werden, die für Sie und nahe Verwandte von Bedeutung sein könnten. In dem Fall würden Sie von Ihrem behandelnden Arzt/Ärztin über die Bedeutung der Veränderungen informiert werden, wenn Sie dies wünschen.

Einwilligung für zusätzliche Forschungszwecke und Publikation der Ergebnisse		
Ihr Untersuchungsmaterial wird eine gewisse Zeit zur Nachprüfbarkeit der Ergebnisse aufbewahrt. Danach kann es für die Forschung der bei Ihnen vermuteten und ähnlichen Erkrankungen von größtem Wert sein. Unsere Forschung dient insbesondere der Verbesserung der Erkennung und Behandlung der bei Ihnen vermuteten bzw. bekannten Erkrankung. Sie selbst werden von diesen Untersuchungen	wahrscheinlich keinen direkten praktischen Nutzen haben. Aber möglicherweise könnten andere Patienten in der Zukunft von den Ergebnissen profitieren. Eine wissenschaftliche Verwendung Ihrer Untersuchungsergebnisse und/oder Ihres Untersuchungsmaterials (ggf. zusammen mit wissenschaftlichen Kooperationspartnern) erfolgt außerhalb unseres	Institutes nur in anonymisierter Form, die keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person zulässt. Alle Angaben und Untersuchungsergebnisse mit Personenbezug unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Selbstverständlich können Sie Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos zurückziehen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile erwachsen.

- Ich bestätige meine Einwilligung in die geplante genetische Untersuchung. Über die Bedeutung und mögliche Konsequenzen dieser Untersuchung wurde ich von meinem behandelnden Arzt/Ärztin aufgeklärt.
- Ich stimme der Verwendung des Untersuchungsmaterials für wissenschaftliche Zwecke und der Publikation der erhobenen Ergebnisse zu.
- Ich bin auch damit einverstanden, dass die mich betreuenden Ärzte und die von ihnen beauftragten medizinischen Einrichtungen die Befunde zu meiner in Frage stehenden Erkrankungen einander zugänglich machen.

Datum: _____ Unterschrift Patient/in / Vertreter/in: _____