

Einsendeschein zur genetischen Diagnostik

PROBENANNAHME VON MONTAG BIS SONNTAG!

Bitte senden an:



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

Labor-Nr.: _____ Eingangsdatum: _____

Kontakt:

Telefon Sekretariat: 04 31 – 26 09 28-0
Telefon Labor: 04 31 – 26 09 28-50
Fax : 04 31 – 26 09 28-13
E-Mail: institut@tumorgenetik-nord.de
Internet: www.tumorgenetik-nord.de

Diagnostische Angaben:

Diagnose: _____

Bemerkungen: _____

Initialdiagnose Verlaufskontrolle

Zytogenetischer Vorbefund (falls vorhanden): _____

Histologie veranlasst bei: _____

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Männlich Weiblich

Adresse (nur Privatpatienten):

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Krankenkasse: _____

Ambulant Stationär

(bitte Ü-Schein Muster 10 beilegen)

§ 116b Privat

Untersuchungsmaterial:

Blut Knochenmark Lymphknoten Anderes Material: _____

Angeforderte Untersuchungen:

Zytogenetik

Chromosomenanalyse:
(5-7ml Heparin-Knochenmark/Blut, ungekühlt; Lymphknoten bzw. Tumorgewebe in 0,9% Kochsalzlösung oder in RPMI-1640 Medium, ungekühlt)

FISH:
(5-7ml Heparin-Knochenmark/Blut, ungekühlt und/oder Knochenmark- und Blutausrichke luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt, Zytozentrifugen- und Tupfpräparate luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt, Kryokonservierte Gewebeproben/-schnitte auf Trockeneis Paraffinschnitte von Gewebeproben)

***Molekulargenetik (bitte spezifizieren):**
(5-7ml EDTA-Knochenmark/Blut, ungekühlt)

***Zytologie:**
(Knochenmark- und Blutausrichke luftgetrocknet, nicht fixiert, nicht gefärbt)

***Konventionelle Histologie/Immunhistochemie:**
(Gewebe im verschlossenen Gefäß mit 4%igem gepuffertem Formalin)

***Durchflusszytometrie:**
(5-7ml EDTA-Knochenmark/Blut, ungekühlt)

*Diese Untersuchungen werden von z.T. akkreditierten Kooperationspartnern durchgeführt

Einverständnis des Patienten / der Patientin / des Vertreters:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Untersuchung, der dazu notwendigen Blut-/ Gewebeentnahme und der Archivierung sowie gegebenenfalls Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials und der erhobenen Daten für Forschungszwecke (pseudonymisiert). Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen.)

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____ Patient/Vertreter: _____

oder Bestätigung des Arztes:

Die Einwilligung des o.g. Patienten liegt mir in allen o.g. Punkten vor.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____ Arzt: _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Ort: _____ Datum: _____ Name, Stempel und Unterschrift des anfordernden Arztes: _____