		Q	Qualität und Entwicklung in Praxen®	Dr. me Joh	Eun Kyung Suk ed. Dirk Korinth* nannes Wagner* für Humangenetik
Patientendaten (Drucken mit Fo	rmular: Überweisung	ı blanko)		Telefo	147, 10117 Berlin n: 030/76 90 38 20 x: 030/76 90 38 21 (* angestellte Årzte)
Kostenübernahme:	Kasse ambulant	Kasse stationär [Privat ambulant	Privat stationär	☐ Selbstzahler
Anforderungsschein für Zytogenetik/FISH/Molekulargenetik bei hämatologischen Erkrankungen					
Material: Anforderung:					
☐ Knochenmark-Aspin☐ Peripheres Blut☐ Sonstiges☐ Erstdiagnose☐ Verlaufskontrolle: let		☐ Klassische Z ☐ FISH ☐ PCR			Heparin EDTA
Ausgangs-Karyotyp:					
☐ Rezidiv ☐ ALL ☐ AML ☐ CLL ☐ CML ☐ MDS ☐ MPN		kulargenetik BCR/ABL JAK2 nahmezeit und -datur		R/ABL quantitativ	
□ NHL □ Plasmozytom/MM Leichtkette unbedingt angeben: Lambda □ Kappa □ □ Sonstiges:					
Einverständniserklärung Ich erkläre mich damit einv wird. Hiermit erkläre ich aufgeklärt worden bin. Mit der Ergebnisse und für er der ärztlichen Schweigep jederzeit widerrufbar. Mit Ja Nein Unterschrift Patient(in) b	erstanden, dass da weiterhin, dass ic der Aufbewahrung vtl. Zusatzuntersuc flicht. Sie werden der anonymen V	ch über die Möglichke von überschüssigem Uchungen bin ich einver nur mit meiner Zustim erwendung der Daten	iten und Grenzer Intersuchungsma standen. Die Erge Imung weitergege	n der angeforderte terial zum Zwecke d ebnisse der Untersi eben. Diese Einwill	n Untersuchungen der Nachprüfbarkeit uchung unterliegen igungserklärung ist
Ort, Datum	Patient(in)	gese	tzlicher Vertreter	_
Einsender: Stempel		Telefon für Rückfra	gen Name	(leserlich)	Datum und

Bitte Überweisungs-/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung (Muster 10) nicht vergessen.

Unterschrift