



Zertifiziert bis 02/2024

Dr. med. Eun Kyung Suk
Dr. med. Dirk Korinth*
Prof. Dr. med. S. Tinschert*
Dr. med. L. Graul-Neumann*
Fachärzte für Humangenetik
Friedrichstraße 147, 10117 Berlin
Telefon: 030/76 90 38 20
Telefax: 030/76 90 38 21
(* angestellte Ärztinnen/Ärzte)

Patientendaten (Drucken mit Formular: Überweisung blanko)

Kostenübernahme: Kasse ambulant Kasse stationär Privat ambulant Privat stationär Selbstzahler

Anforderungsschein für Zytogenetik/FISH/Molekulargenetik bei hämatologischen Erkrankungen

Material:

- Knochenmark-Aspirat
- Peripheres Blut
- Sonstiges
- Erstdiagnose
- Verlaufskontrolle: letzter Befund vom: wo

Anforderung:

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Klassische Zytogenetik | → | <input type="checkbox"/> Heparin |
| <input type="checkbox"/> FISH | | |
| <input type="checkbox"/> PCR | → | <input type="checkbox"/> EDTA |

Ausgangs-Karyotyp:

- Rezidiv
- ALL
- AML
- CLL
- CML
- MDS
- MPN

<u>Molekulargenetik</u>	
<input type="checkbox"/> BCR/ABL	<input type="checkbox"/> BCR/ABL quantitativ
<input type="checkbox"/> JAK2	
Blutabnahmezeit und -datum:	

- NHL
- Plasmozytom/MM Leichtkette **unbedingt** angeben: Lambda Kappa
- Sonstiges:.....

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das entnommene Blut/Knochenmark bezogen auf obige Fragestellung untersucht wird. Hiermit erkläre ich weiterhin, dass ich über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten Untersuchungen aufgeklärt worden bin. Mit der Aufbewahrung von überschüssigem Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und für evtl. Zusatzuntersuchungen bin ich einverstanden. Die Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nur mit meiner Zustimmung weitergegeben. Diese Einwilligungserklärung ist jederzeit widerrufbar. Mit der anonymen Verwendung der Daten für wissenschaftliche Zwecke bin ich einverstanden. Ja Nein

Unterschrift Patient(in) bzw. gesetzlicher Vertreter

	Patient(in)	gesetzlicher Vertreter
--	-------------	------------------------

Einsender:

Stempel	Telefon für Rückfragen	Name (leserlich)	Datum und Unterschrift
---------	------------------------	------------------	------------------------

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