

Anforderungsschein Tumorzytogenetische Diagnostik

Bitte zurücksenden an

Universitätsklinikum Münster
Klinik für Medizinische Genetik
Vesaliusweg 12-14
48149 Münster

Medizinisches Versorgungszentrum am
Universitätsklinikum Münster - MVZ
Abteilung für Medizinische Genetik

Tumorzytogenetisches Labor:
Tel. +49 251 83-55407

Materialannahme: Tel. +49 251 83-55424



Universitätsklinikum
Münster



Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name _____ Vorname _____
_____ weiblich männlich
geb. am _____
Straße _____
PLZ _____ Ort _____

Kostenübernahme

- gesetzlich versichert, Überweisungsschein Nr. 10 liegt bei**
Humangenetische Leistungen belasten das
Laborbudget des anfordernden Arztes nicht.
- Privatrechnung**
- Rechnung an Krankenhaus**

Indikation/Diagnose:

Verdacht gesichert Erstdiagnose Datum: _____ eilige Erstdiagnose bei AML

Auswärtige zytogenetische Vorbefund(e): ja nein
Kopie des Befundes mitschicken

Chemotherapie ja nein

Strahlentherapie ja nein

Transplantation ja nein (geschlechtsdifferent ja / nein)

Materialentnahme am:

Li-Heparin-Knochenmark Li-Heparin-Blut
 Lymphknoten, Lokalisation _____ anderes _____

Gewünschte Untersuchung(en):

Chromosomenanalyse FISH Chromosomenanalyse und FISH

Einsendender Arzt (Stempel oder Druckschrift)

Name: _____ Unterschrift: _____
Klinik: _____
Straße: _____ Telefon: _____
Ort: _____

Entnahme und Versand: Für die Zytogenetik die **2. Portion Knochenmark** benutzen.

- 5 bis 10 ml Knochenmark unter sterilen Bedingungen in einem Verhältnis von 1:10 in eine **mit konservierungsfreiem Heparin gefüllte Spritze** füllen.
- Röhrchen bitte eindeutig beschriften (Name, Vorname, Geburtsdatum).
- **Per Eilpost** einsenden.

Bitte das Einwilligungsfomular vom Patienten ausfüllen lassen!

⇒ bitte wenden

Einwilligung in eine genetische Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name	Vorname
geb. am	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße	
PLZ	Ort

Medizinisches Versorgungszentrum am Universitätsklinikum Münster - MVZ



Abteilung für
Medizinische Genetik



**Materialannahme:
Tel. +49 251 83-55424**

Das **Gendiagnostikgesetz** (GenDG) fordert für alle genetischen Analysen eine **ausführliche Aufklärung** und eine **schriftliche Einwilligung** sowie vor vorgeburtlichen und prädiktiven (vorhersagenden) Analysen zusätzlich eine genetische Beratung.

Ich habe eine allgemeine schriftliche Aufklärung zu genetischen Analysen gemäß GenDG erhalten und verstanden.

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung / Störung / Diagnose

notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Probenentnahmen (z.B. Blut, Fruchtwasser, Gewebe). Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.

Bitte lesen Sie diese Punkte sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:

Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages bei Bedarf an ein spezialisiertes Kooperationslabor einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin mit der Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und der Qualitätssicherung einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial zur Erforschung der Ursachen und zur Verbesserung der Behandlung genetisch bedingter Erkrankungen verwendet wird. Dazu überlasse ich das Untersuchungsmaterial der Klinik für Medizinische Genetik des UK Münster.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich möchte über klinisch bedeutsame Ergebnisse informiert werden. Hierzu werde ich Adressenänderungen mitteilen.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich **meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann**, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Sollten die oben genannten Fragen unbeantwortet bleiben, wird mit der Unterschrift die Einwilligung des Patienten / der Patientin angenommen.

Ort, Datum	Unterschrift der Patientin / des Patienten / des (gesetzlichen) Vertreters
Ort, Datum	Unterschrift des verantwortlichen Arztes