



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH | Konrad-Adenauer-Straße 17 | D-55218 Ingelheim | Tel. 06132 781-0 | Fax 06132 781-214 | service@bioscientia.de | www.bioscientia.de

Arztstempel und Unterschrift

Barcode

GESCHLECHT
<input type="checkbox"/> weiblich
<input type="checkbox"/> männlich

PROBENMATERIAL (TRANSPORT MIT FAHRDIENST, KEIN POSTVERSAND)
Probengefäße (Anzahl) <input type="checkbox"/>
Tag der Probennahme <input type="checkbox"/>
Uhrzeit der Probennahme <input type="checkbox"/>

ABRECHNUNGSART
<input type="checkbox"/> Kasse (Schein Muster 10)
<input type="checkbox"/> Privat
<input type="checkbox"/> stationär
<input type="checkbox"/> §116b / ASV

ANALYSE (TRANSPORT BEI RAUMTEMPERATUR)			
	BLUT	KNOCHENMARK	MATERIAL
<input type="checkbox"/> Immunphänotypisierung mit Zytologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDTA 2 ml
<input type="checkbox"/> Fluoreszenz in-situ Hybridisierung (FISH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heparin 2–3 ml
<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heparin 5–7 ml
<input type="checkbox"/> Molekulargenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDTA 2 x 4 ml

DIAGNOSE		
<input type="checkbox"/> Non-Hodgkin-Lymphom	<input type="checkbox"/> B-NHL	<input type="checkbox"/> T-NHL
<input type="checkbox"/> MGUS / Multiples Myelom	<input type="checkbox"/> PNH	
<input type="checkbox"/> Akute Leukämie (AML)	<input type="checkbox"/> B-ALL	<input type="checkbox"/> T-ALL
<input type="checkbox"/> CML	<input type="checkbox"/> MPN	<input type="checkbox"/> Mastozytose

VERLAUF	
ICD-10-Code:	<input type="checkbox"/>
Erstdiagnose (ED) wann:	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verlaufsuntersuchung	<input type="checkbox"/> Rezidiv

KLINISCHE DATEN / FRAGESTELLUNG / THERAPIE

### Einverständnis des Patienten / der Patientin / des gesetzlichen Vertreters

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit den Untersuchungen entsprechend der o.g. Anforderung. Über die Bedeutung und mögliche Konsequenzen der geplanten Untersuchungen wurde ich von meinem behandelnden Arzt aufgeklärt. Im Falle einer genetischen Analyse können u.a. angeborene genetische Veränderungen der Keimbahn detektiert werden, die für mich selbst und/oder für meine Nachkommen krankheitsrelevant sein könnten. Ich bin damit einverstanden, dass

- die erhobenen Daten nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden.  ja
- die erhobenen Daten nicht personenbezogen für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke aufbewahrt und genutzt werden.  ja
- nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial und daraus gewonnene Extrakte hiermit dem Labor übereignet werden, das die Analyse durchgeführt hat und ich gestatte die Verwendung für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke in pseudonymisierter Form.  ja

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des (gesetzlichen) Vertreters

Eine Einwilligungserklärung mit Zustimmung zu den obengenannten Unterpunkten liegt mir vor.

Ort, Datum Unterschrift des/r behandelnden Arztes/Ärztin