INTERDISZIPLINÄRE HÄMATOLOGISCHE DIAGNOSTIK

BIOSCIENTIA
MEDIZIN. LABOR. SERVICE.

Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH, MVZ Ingelheim – Zentrum für Humangenetik | Konrad-Adenauer-Str. 17 | D-55218 Ingelheim | Tel. 06132-781-411 | Fax 06132-781-194 | info.genetik@bioscientia.de | www.bioscientia-humangenetik.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Arztstempel und Unterschrift

Barcode

GESCHLECHT

- ☐ weiblich
- ☐ männlich

PROBENMATERIAL (TRANSPORT MIT FAHRDIENST, KEIN POSTVERSAND)

Probengefäße (Anzahl) ☐☐

Tag der Probennahme ☐☐☐☐☐☐

Uhrzeit der Probennahme ☐☐☐☐

ABRECHNUNGSART

- ☐ Kasse (Schein Muster 10)
- ☐ Privat
- ☐ stationär
- ☐ §116b / ASV

ANALYSE (TRANSPORT BEI RAUMTEMPERATUR)

ANALYSE	BLUT	KNOCHENMARK
☐ Immunphänotypisierung mit Zytologie	☐	☐
☐ Fluoreszenz in-situ Hybridisierung (FISH)	☐	☐
☐ Chromosomenanalyse	☐	☐
☐ Molekulargenetik	☐	☐

ANTIKOAGULATION / VOLUMEN (ML)

EDTA	2
Heparin	2 – 3
Heparin	5 – 7
EDTA	2 x 4

DIAGNOSE

- ☐ Non-Hodgkin-Lymphom ☐ B-NHL ☐ T-NHL
- ☐ MGUS / Multiples Myelom
- ☐ Akute Leukämie (AML) ☐ B-ALL ☐ T-ALL
- ☐ CML ☐ MPN

VERLAUF

ICD-10-Code: ☐☐☐☐☐☐

Erstdiagnose (ED) wann: ☐☐☐☐

☐ Verlaufsuntersuchung ☐ 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 in nicht-personenbezogener Form 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. Ich gestatte die Verwendung für wissenschaftliche und qualitätssichernde Zwecke in nicht-personenbezogener 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

Telefonische Rücksprache: Immunphänotypisierung mit Zytologie 06132 781-663 | Zyto-/Molekulargenetik 06132 781-411
Einen erweiterten Anforderungsbogen zur FISH und den von uns angebotenen Sonden lassen wir Ihnen gerne zukommen.