

## FO Materialeinsendeschein Leukämiediagnostiklabor\_intern

Patienten-ID

Datum:

Einsenderstempel und Unterschrift

ggf. Fax-Nr. für Befundantwort

### Institut für Klinische Chemie und Zentrallabor

#### Hämatologie/Hämostaseologie

Laborleitung: Prof. Dr. A. Tiede

#### Zytologie – Morphologie

Bereichsleitung: PD Dr. Brioli, Dr. Dr. Stadler

#### Molekulargenetik

Bereichsleitung: Prof. Dr. F. Thol

Carl-Neuberg-Str. 1  
Gebäude K5, Ebene 01,  
Raum 3130  
30625 Hannover  
Tel. 0511 532 3609  
Fax: 0511 532 3611

**Telefonnummer für  
Rückfragen:**

### Untersuchungsauftrag in Druckbuchstaben

Verdachtsdiagnose, Fragestellung

Splenomegalie: Ja ☐ Nein ☐ Hb: MCV: Leuko: Thrombo:

**Gewünschte Untersuchung:** ☐ Diagnostik ☐ Forschung ☐ Studie

#### Molekulargenetik

**Tel: 532-3609**

**Laufnr.: 50, Rohrpostnr.: 3609**

#### Material

- ☐ EDTA-KM (Molekulargenetik, 10 ml)
- ☐ EDTA-Blut (Molekulargenetik, 20 ml)
- ☐ Haarwurzeln (15 Augenbrauenhaare, immer bei AML Erstdiagnose)
- ☐ Serum

#### Abrechnung

- ☐ §116B
- ☐ E1 (Stadler)
- ☐ Privat
- ☐ \_\_\_\_\_

#### AML/MDS

- ☐ Erstdiagnose AML (48h Diagnostik + Myeloid Panel)
- ☐ Rezidiv (48h Diagnostik)
- ☐ Myeloid Panel
- ☐ MRD im Verlauf (mind. 3x7,5ml EDTA-Blut mitschicken)

#### MPN

- ☐ MPN Status (Myeloid Panel + PCR MPN)
- ☐ Myeloid Panel (MPN)
- ☐ PCR MPN (JAK2, CALR, MPL, BCR::ABL)

☐ Sonstiges \_\_\_\_\_

☐ RS mit Prof. Thol

☐ Zellen einfrieren

Einverständniserklärung gemäß GenDG (nur bei molekulargenetischer Untersuchung außerhalb von Studien)

Einverständnis des Patienten/ der Patientin/ des gesetzlichen Vertreters

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Untersuchung, der Archivierung, sowie ggf. Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (pseudonymisiert). Ich bin einverstanden, dass die Befunde über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Ort Datum Unterschrift Patient/In/Vertreter Unterschrift verantw. Ärztin/Arzt