

Patienten-ID

Datum:

Einsenderstempel und Unterschrift

ggf. Fax-Nr. für Befundantwort

Klinik für Hämatologie, Hämostaseologie, Onkologie und Stammzelltransplantation

Laborleitung: Prof. Dr. A. Tiede, Vertretung: Dr. S. Werwitzke

Labor für Leukämiediagnostik

Bereichsleitung: Prof. Dr. M. Heuser, 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

- Erstdiagnose AML (48h Diagnostik + Myeloid Panel)
- Rezidiv (48h Diagnostik)
- Myeloid Panel
- Verlauf
- MRD im Verlauf (mind. 3x7,5ml EDTA-Blut mitschicken)
- JAK2, CALR, MPL, BCR-ABL
- BCR-ABL (qualitativ) (mind. 2x7,5ml EDTA-Blut mitschicken)
- FIP1L1-PDGFRa (qualitativ) (MPN)
- FIP1L1-PDGFRa
- Sonstiges _____

RS mit Prof. Heuser/Prof. Thol

Zellen einfrieren

Material

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

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 _____