Institut für Klinische Chemie und Zentrallabor
Leukämie-Diagnostik

Medizinische Hochschule Hannover

FO Materialeinsendeschein Leukämiediagnostiklabor_intern

Patienten-ID

Datum:

Einsenderstempel und Unterschrift

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

ggf. Fax-Nr. für Befundantwort

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

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

Material

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

Abrechnung

□ §116B
□ E1 (Stadler)
□ Privat
□ _____

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
_____	_____	_____	_____

Erstellt von:	Geprüft von:	Genehmigt von:
Rudnick, Iris	06.03.2026, Sörensen-Zender, Inga Dr.	06.03.2026, Thol, Felicitas Prof. Dr.