

Anforderungsschein Immungenetik / HLA

Material von: **Patient(in)**

Name: _____ Geb.- Datum: _____

Vorname: _____ Geschlecht: ♀ ♂

Adresse: _____

Familienangehörige(r) / Fremdspender(in)

Name: _____ Geb.- Datum: _____

Vorname: _____ Geschlecht: ♀ ♂

Verwandtschaftsverhältnis zum Patienten: _____

Patient ist unter Antikörper-Therapie: **Nein** **Ja, mit: ATG** **Rituximab** **Andere:** _____

frühere Transplantationen: **Ja** **Nein**

klinische Diagnose/n (incl. ICD) _____

Krankenkasse des Patienten:
GKV* Privatpatient Selbstzahler stationär ambulant

*bei GKV-Patienten wird ein Überweisungsschein (Muster 10) benötigt; bei Privatpatienten bitte komplette Anschrift nicht vergessen

Auftragsnr.: _____ Fallnr.: _____ Pat.-ID: _____ Kostenstelle: _____

HLA -Merkmale	Anfor-derung	Untersuchungs-material
Molekularbiologische Typisierung		
HLA-Klasse I (A/B/C/)	niedrigauflösend	EDTA-Blut (2,7ml)
HLA-Klasse II (DRB1/DQB1)	niedrigauflösend	EDTA-Blut (2,7ml)
HLA-Klasse I (A/B/C/)	hochauflösend	EDTA-Blut (2,7ml)
HLA-Klasse II (DRB1/DQB1)	hochauflösend	EDTA-Blut (2,7ml)
HLA-DPB1	hochauflösend	EDTA-Blut (2,7ml)
HLA-DRB3, -DRB4, -DRB5	hochauflösend	EDTA-Blut (2,7ml)

HLA -Antikörper	Anfor-derung	Untersuchungs-material
Antikörperuntersuchung (LCT)		
HLA-Antikörper-Screening		Nativblut / Serum (10ml)
HLA-Antikörperdifferenzierung		Nativblut / Serum (10ml)
Antikörperuntersuchung (Luminex)		
HLA-Antikörper-Screening (Klasse I und Klasse II)		Nativblut / Serum (10ml)
HLA-Antikörper-Screening (Klasse I)		Nativblut / Serum (10ml)
HLA-Antikörper-Screening (Klasse II)		Nativblut / Serum (10ml)

HLA-Merkmale Krankheitsassoziiert *	Anfor-derung	Untersuchungs-material
HLA-B*27		EDTA-Blut (2,7ml)
HLA-B*57:01		EDTA-Blut (2,7ml)
Andere Merkmale:		EDTA-Blut (2,7ml)

Crossmatch	Anfor-derung	Untersuchungs-material
Autologes Crossmatch		Nativ-(10ml) und Heparin-Blut (10ml)
Allogenes Crossmatch		Empfänger: Nativblut / Serum (10ml) Spender: Heparin-Blut (10ml)

Familienspendersuche	Anfor-derung	Untersuchungs-material
HLA- Ersttypisierung		EDTA-Blut (2,7ml)
HLA- Bestätigungstypisierung		EDTA-Blut (2,7ml)

Fremdspendersuche	Anfor-derung	Untersuchungs-material
HLA- Ersttypisierung		EDTA-Blut (2,7ml)
HLA- Bestätigungstypisierung		EDTA-Blut (2,7ml)

Thrombozyten-Refraktärität	Anfor-derung	Untersuchungs-material
HLA-Klasse I (A/B)	niedrigauflösend	EDTA-Blut (2,7ml)

Thrombozyten-Refraktärität	Anfor-derung	Untersuchungs-material
HLA-Antikörper-Screening (LZT)		Nativblut / Serum (10ml)
Thrombozyten-Crossmatch		Nativblut / Serum (10ml)

Verantwortlich für die Identität der Blutproben und die Anforderung der Laborleistungen

Datum _____ Unterschrift des Arztes _____

Arzt Name in Druckbuchstaben: _____

Klinikstempel / Station / Einsender

Tel: _____ Fax: _____

Einwilligungserklärung

zur genetischen Untersuchung (§ 8 Gendiagnostikgesetz) und zur Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial

Name, Vorname:	
(der zu untersuchenden Person)	Geb.-Datum

Untersuchungsindikation:.....

(Verdachts-) Diagnose **unbedingt angeben:**.....

Ich bestätige meine Einwilligung zur Durchführung der angeforderten genetischen Untersuchung und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme über die zur Frage stehende Erkrankung bei mir <input type="checkbox"/> bei meinem Kind <input type="checkbox"/> bei der von mir betreuten Person <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin über die genetischen Grundlagen bezogen auf die in Frage stehende Erkrankung, die Möglichkeit und Grenzen der molekulargenetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz und die Bedeutung und Tragweite des Ergebnisses umfassend aufgeklärt worden. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit und die Möglichkeit, zusätzlich Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse sowie Nachforderungen durch meinen Arzt aufbewahrt wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass für eine Reihe von Erkrankungen noch keine Untersuchungsmöglichkeiten bestehen. Dementsprechend lassen sich aus den Ergebnissen dieser Untersuchungen noch nicht in jedem Fall therapeutische Konsequenzen ziehen und/oder prognostische Aussagen über den Krankheitsverlauf treffen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mit einer Aufbewahrung der Ergebnisse über einen längeren Zeitraum als die gesetzlich vorgeschriebenen 10 Jahre bin ich einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin mit der Weitergabe des Befundes an mit- und nachbehandelnde Ärzte innerhalb des Klinikums, auch online, einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich wünsche die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an mich durch den verantwortlichen Arzt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für laborinterne Kontrollen und wissenschaftliche Zwecke (z. B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mein Untersuchungsmaterial wird nach der Untersuchung vernichtet.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Die von mir gemachten Angaben und alle Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Die genetische Untersuchung richtet sich ausschließlich auf die abzuklärende Erkrankung.

Ich habe das Recht, Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit zu stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse zu verlangen.

Bitte beachten Sie, dass genetische Untersuchungen nur bei Vorliegen einer vollständig ausgefüllten Einwilligungserklärung durchgeführt werden können.

Ort, Datum..... Unterschrift Patient / Gesetzlicher Vertreter

Auftrag: Hiermit bitte ich um die Durchführung der auf dem Auftrag ausgewählten Untersuchung.

Ort, Datum Unterschrift des Verantwortlicher Arzt

Name

(Druckschrift oder deutlich lesbarer Stempel)