



Anforderungsschein Immungenetik / HLA

Material von: Patient(in) ☐	Familienangehörige(r) / Fremdspender(in) ☐
Name: _____ Geb.- Datum: _____	Name: _____ Geb.- Datum: _____
Vorname: _____ Geschlecht: ♀ ☐ ♂ ☐	Vorname: _____ Geschlecht: ♀ ☐ ♂ ☐
Adresse: _____	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-Typisierung ☐ Familienspendersuche ☐ Fremdspondersuche ☐ Ersttypisierung ☐ Bestätigungstypisierung EDTA-Blut (2.7 ml)		
HLA-Klasse I (A/B) (Stammzelle & Thrombozyten-Refraktärität)	niedrigauflösend	
HLA-Klasse I,II (A/B/C/DRB1/DQ, DP)	niedrigauflösend	
HLA-Klasse I (A/B/C)	hochauflösend	
HLA-Klasse I, II (A/B/C/DRB1/DQ, DP)	hochauflösend	
HLA-DRB3, -DRB4, -DRB5	hochauflösend	
HLA Klasse I (A-Studien)	hochauflösend	
HLA-Merkmale krankheitsassoziiert * EDTA (2.7 ml) *Einverständniserklärung laut GenDG erforderlich!		
HLA-B*27		
HLA-B*51		
Andere Merkmale:		
HPA-Typisierung ☐ NAIT ☐ FAIT EDTA-Blut (2.7 ml)		
HPA-Typisierung		

HLA-Antikörper Untersuchung ☐ Refraktärzustand ☐ Transfusionsreaktion ☐ Antikörper Untersuchung vor Stammzelltransplantation Nativblut / Serum (10 ml)	
HLA-Antikörper-Screening (Klasse I)	
HLA-Antikörper-Screening (Klasse I und Klasse II)	
Thrombozyten-Refraktärität (Klasse I)	
HLA-Antikörper Untersuchung komplementaktivierend	
HLA-Antikörper-Screening (Klasse I)	
HLA-Antikörper-Screening (Klasse I und Klasse II)	
Transfusionsreaktion (Klasse I)	
TK-Nr:	
Spender-Nr:	
Crossmatch Empfänger: Nativblut / Serum (10 ml) Spender: Heparin-Blut (30 ml)	
Allogenes Crossmatch	
HPA-Antikörper Untersuchung Nativblut / Serum (10 ml)	
HPA-Antikörper-Screening	

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

HLA-Labor

Institut für Experimentelle Hämatologie
und Transfusionsmedizin
Venusberg-Campus 1, B43, 53127 Bonn
Prof. Dr. med. Johannes Oldenburg
HLA-Labor
Tel: 0228.287-15191 / 287-19429
Fax: 0228. 287-19455

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

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

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 ☐ bei meinem Kind ☐ bei der von mir betreuten Person ☐	☐ ja	☐ 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.	☐ ja	☐ 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.	☐ ja	☐ nein
Mit einer Aufbewahrung der Ergebnisse über einen längeren Zeitraum als die gesetzlich vorgeschriebenen 10 Jahre bin ich einverstanden.	☐ ja	☐ nein
Ich bin mit der Weitergabe des Befundes an mit- und nachbehandelnde Ärzte innerhalb des Klinikums, auch online, einverstanden.	☐ ja	☐ nein
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	☐ ja	☐ nein
Ich wünsche die Mitteilung der Untersuchungsergebnisse an mich durch den verantwortlichen Arzt.	☐ ja	☐ nein
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für laborinterne Kontrollen und wissenschaftliche Zwecke (z. B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt wird.	☐ ja	☐ 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 Arztes

Name
(Druckschrift oder deutlich lesbarer Stempel)