

Name weiblich
 männlich
 divers

Vorname

Straße Geburtsdatum

PLZ, Ort

Einsender (ggf. Stempel)



Laboratoriumsmedizin Dortmund

Brauhausstraße 4 Tel.: 0231-95 72-0
 44137 Dortmund Fax: 0231-57 98 34

info@labmed.de
 www.labmed.de

Rückfragen an

Name

Tel.-Nr.

Fax-Nr.

Mail

Rechnung

Rechnung an Patient:in ambulant \$116b
 Überweisungsschein (Muster 10) stationär/Rechnung an Einsender

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

Anforderungsschein Thrombophilie-Diagnostik

Version 01/2024

Probenmaterial

Benötigtes Material: 4 x 3 ml Citrat-Plasma + 5ml Vollblut (komplette Analytik), bei Genanalysen/Thrombozytenzahl zusätzlich 2 ml EDTA-Blut

Probennahme (Datum/Uhrzeit) schwanger, SSW +

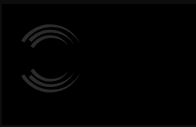
Aktuelle Therapie (Präparate) Uhrzeit letzte Einnahme

Angeforderte Stufendiagnostik bei Verdacht auf Thrombophilie

- Lupus-Antikoagulanz
 - Faktor VIII Aktivität
 - APC-Resistenz, ggf. Faktor V Leiden Mutation
 - Prothrombin (Faktor II) Mutation (20210 G/A)
 - Protein C Aktivität
 - ggf. Protein C Genanalyse
 - Protein S, freies
 - ggf. Protein S Genanalyse
 - Antithrombin III Aktivität
 - Antithrombin Cambridge II (A384S)
 - Homocystein (Spezialröhrchen erforderlich!), ggf.
 - Plasminogen-Aktivator-Inhibitor (PAI-1)
 - CRP
 - D-Dimere (Postversand: Plasma gefroren)
 - sonstige gewünschte Untersuchungen:
- Cardiolipin-Antikörper
 - Anti-Faktor Xa-Aktivität
 - Faktor V Leiden Mutation
 - Protein C Konzentration
 - Protein C Konzentration
 - nur nach tel. Rücksprache
 - Protein S, gesamt
 - nur nach tel. Rücksprache
 - Antithrombin III Konzentration
 - ggf. Antithrombin Genanalyse
 - MTHFR Genotyp (677 C/T Polymorphismus)
 - ggf. PAI-1 Genotyp (4G/5G Promotorpolymorphismus)
 - Thrombozyten
 - Sticky Platelet Analyse (kein Versand möglich, 12ml Citratblut erforderl.)
- β2-Glykoprotein 1-Antikörper
 - nur APC-Resistenz
 - Protein S Aktivität
 - nur nach tel. Rücksprache
 - ETP (endogenes Thrombinpotential)

Einverständniserklärung Patientin / Patient (siehe Rückseite)

Die angeforderten genetischen Analysen unterliegen dem Gendiagnostik-Gesetz. Daher ist das Vorliegen der schriftlichen Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten (bzw. eines gesetzl. Vertreters) für die Durchführung zwingend erforderlich. Bitte verwenden Sie hierzu das Formular auf der Rückseite dieses Anforderungsscheins.



Einwilligungserklärung für genetische Diagnostik

Patientenangaben

Name, Vorname: weiblich männlich
 Geburtsdatum: schwanger: Nein Ja, SSW:
 Differenzialdiagnostik (symptomat. Patient/in) prädiktive Diagnostik/Heterozygotentest. pränatale Diagnostik
 Art des Untersuchungsmaterials: Entnahmedatum:
 genetische bzw. sonstige Vorbefunde liegen nicht vor liegen vor
 Befunde Patient/in, Familie Kopie beigelegt

Aufklärung und Einwilligungserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich entsprechend dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) durch u.g. verantwortliche/n Ärztin/Arzt aufgeklärt, informiert und ggf. humangenetisch beraten wurde:

- über die Art und den Umfang der genetischen Analyse sowie Aussagekraft und Konsequenzen der angeforderten Untersuchung,
- über die von mir erhobenen, verarbeiteten und gespeicherten Daten (gem. EU-DSGVO)
- über meinen Anspruch auf eine genetische Beratung und angemessene Bedenkzeit zur Einwilligung in die genannte Untersuchung,
- über mein Recht, diese Einwilligung bis zur Kenntnisnahme jederzeit ohne Begründung zu widerrufen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials zu verlangen sowie mein Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nicht-Wissen),
- über die reguläre Vernichtung der Untersuchungsergebnisse nach 10 Jahren,
 - o ich bin mit einer längerfristigen Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse (30 Jahre) einverstanden Nein Ja *
- über die Vernichtung des Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung,
 - o bei komplexen Fragestellungen kann eine längerfristige Aufbewahrung sinnvoll sein. Hiermit bin ich einverstanden Nein Ja *
(Dies beinhaltet keinen Anspruch auf Aufbewahrung.)
- dass bei Anwendung moderner Analyseverfahren ggf. auch genetische Daten erhoben, aber nicht ausgewertet werden, die nicht mit der genannten Fragestellung in Zusammenhang stehen,
- dass in Einzelfällen eventuell **Zufallsbefunde** erhoben werden können, die nicht mit der u.g. Fragestellung in Zusammenhang stehen
 - o Eventuell erhobene Zufallsbefunde möchte ich erfahren (Keine Auswahl wird als „Nur, wenn...“ gewertet.):
 Nein Ja Nur, wenn sich dadurch therapeutische oder vorbeugende Konsequenzen ergeben.
(Dies beinhaltet keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierungen von Zusatzbefunden; bei Familienanalysen dienen die Analyseergebnisse *nicht Betroffener* nur zur Beurteilung von Varianten des Indexpatienten)

Ich bin einverstanden:

- mit der Entnahme von Probenmaterial,
- mit der angeforderten molekular- / zytogenetischen Diagnostik zur Abklärung / bei V.a.:
- , dass die Untersuchungsergebnisse durch u.g. verantwortliche/n Ärztin/Arzt an folgende Ärztinnen/Ärzte mitgeteilt werden dürfen:
- , dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes Labor weitergeleitet werden darf, Nein Ja *
- , dass Probe und erhobene Ergebnisse anonymisiert für Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen verwendet werden. Nein Ja *
- , dass bei Gengruppen-Untersuchungen die Zusammensetzung der auf www.labmed.de genannten Gene für die klinische Fragestellung je nach Stand der Wissenschaft sinnvoll angepasst werden kann.

* Keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. Name & Unterschrift Vertreter/in

Name/Stempel & Unterschrift verantwortliche/r Ärztin/Arzt