



Patient (ggf. Patientenetikett)	
Name	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers
Vorname	
Straße	Geburtsdatum
PLZ, Ort	
Einsender (ggf. Stempel)	

Laboratoriumsmedizin Dortmund

Brauhausstraße 4
44137 Dortmund

Tel.: 0231-95 72-0
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 S116b

Überweisungsschein (Muster 10)

stationär/Rechnung an Einsender

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

Anforderungsschein Thalassämie-/ Hämoglobinopathie-Diagnostik

Version 01/2024

Probenmaterial

Benötigtes Material: 2ml EDTA Blut

Erforderliche Angaben

Verdacht auf:Thalassämie / Hämoglobinopathie

Datum der Probenahme:

Wurde bei dem/der Patient:in aktuell eine Bluttransfusion durchgeführt? ja nein

Diagnostik

Die nachfolgend aufgeführten Analysen können einzeln oder als Stufendiagnostik angefordert werden.

Einzelanforderung Analytik

Hämoglobin-Elektrophorese mit Blutbild

Molekulargenetische Analytik bei V.a.

alpha-Globinopathie / alpha-Thalassämie

beta-Globinopathie / beta-Thalassämie

HbS, HbD, HbG, HbC, HbE oder andere atypische beta-Globine

delta/beta-Thalassämie

HPFH (hereditäre Persistenz von HbF)

Stufendiagnostik

1. Hämoglobin-Elektrophorese mit Blutbild anschließend ggf.

2. Molekulargenetische Analytik des alpha-, beta-, gamma- und/oder delta-Globin Genkomplexes bei auffälliger Elektrophorese oder auffälligem Blutbild (je nach Befund)

Molekulargenetische Analytik (Punkt 2) nur bei Nachforderung durch Einsender (Tel.: 0231 9572 6600, Material wird 30 Tage asserviert)

Hinweis:

Soll eine molekulargenetische Analytik erfolgen (ggf. auch im Rahmen einer Stufendiagnostik), muss zuvor laut Gendiagnostikgesetz eine schriftliche Einwilligung der Patientin / des Patienten vorliegen (s.u.). Soll eine molekulargenetische Analytik im Rahmen der Stufendiagnostik nur nach Rücksprache mit Ihnen als Einsender erbracht werden, muss auch in diesem Falle schon bei der Blutentnahme vorsorglich die Patienteneinwilligung eingeholt und dem Probenmaterial beigelegt werden.

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 Zufallsbefunden; 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**