

Krankenkasse

Name, Vorname, Anschrift des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Versand an: Molekulare Hämatologie
 Institut für Humangenetik/ Laborbereich des ZAM
 Universitätsklinikum Jena
 Am Klinikum 1, 07747 Jena

Anforderungsschein CML-Diagnostik

Bitte nur Einsendungen von 2 x 10 ml EDTA-Blut oder 1 x 5 ml EDTA-Knochenmark!

Patientenangaben

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Studiennummer: Studienname:

Geschlecht: männlich weiblich

BCR::ABL1- b3a2 (e14a2) b2a2 (e13a2) e1a2

Transkripttyp: sonstige: unbekannt

Leukozytenzahl (Gpt/L):

Indikation / Verdachtsdiagnose

- Erstdiagnose / V. a. CML
- Verlaufskontrolle in Remission bzw. bei stabilem Krankheitszustand
- Verlaufskontrolle bei V. a. Progression oder Rezidiv
- Verlaufskontrolle nach Stammzelltransplantation

Therapie

Material

EDTA-Blut EDTA-Knochenmark

Datum der Probenentnahme:

Labor-ID Nr. vom Labor ausfüllen

.....
Datum Laboreingang

.....

Molekulargenetische Analysen

- BCR::ABL1-Erstdiagnose (Nachweis BCR-ABL und Bestimmung des Transkripttyps)
- BCR::ABL1-Verlaufskontrolle (quantitative Bestimmung der BCR-ABL-Last)
- BCR::ABL1-Resistenzanalyse (Mutationsdiagnostik)
- Einverständniserklärung liegt vor (erforderlich bei Neueinsendung, siehe Seite 2)**

Kostenübernahme

- Ü-Schein Nr. 10 privat ambulant teilstationär stationär
- Für privat versicherte Patienten liegt die Kostenübernahmeerklärung anbei

Unterschrift Arzt

Datum

Arzt, Stempel

Einverständniserklärung

(1) Zu genetischen Untersuchungen für die Abklärung einer Erkrankung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass von mir entnommenes Blut/ Gewebe auf genetische Veränderungen bezogen auf obige Fragestellung untersucht wird. Hiermit erkläre ich weiterhin, dass ich über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten Untersuchungen aufgeklärt worden bin. Die möglichen Ergebnisse der genetischen Untersuchungen wurden in ihren denkbaren Konsequenzen erörtert.

Mir ist bekannt, dass ich eine humangenetische Beratung in Zusammenhang mit genetischer Diagnostik - auch vor deren Durchführung - in Anspruch nehmen kann.

Die Ergebnisse der Untersuchungen müssen nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Untersuchungsmaterial übereigne ich hiermit gemäß § 950 BGB dem Labor, welches die Analyse durchgeführt hat. Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nur mit meiner Zustimmung weitergegeben. Diese Einwilligungserklärung ist jederzeit widerrufbar.

Ich wurde darüber informiert, dass evtl. Teile meiner Patienteninformationen zum Zweck der Abrechnung dieser speziellen Untersuchung an eine privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) übermittelt werden müssen.

(2) Zu wissenschaftlichen Begleituntersuchungen von Blut/Knochenmark/Urin/Körperflüssigkeit/Gewebe

Die bei Ihnen erhobenen Befunde veranlassen Ihren behandelnden Arzt zu Probenentnahmen aus dem Blut und/oder Knochenmark, aus dem Urin bzw. anderen Körperflüssigkeiten oder anderen Geweben. Diese Proben sollen zu einer genaueren Analyse einigen Spezialuntersuchungen unterzogen werden. Aus dem Material werden je nach klinischer Fragestellung und individueller Notwendigkeit **[A]** Chromosomen analysiert, **[B]** Nukleinsäuren (DNS, RNS) isoliert, **[C]** molekulargenetische Veränderungen untersucht, **[D]** Zellen und lösliche Partikel des Immunsystems (z.B. Eiweiße) analysiert und **[E]** Bestandteile von krankmachenden Erregern (Bakterien, Pilzen, Viren) identifiziert.

Überschüssiges Material wird zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse unbefristet aufbewahrt. Dieses Material kann neben der individuellen Analyse für Sie als Patient auch für die Forschungsarbeit auf dem Gebiet der medizinisch-genetischen und zellbiologischen Diagnostik eine wichtige Hilfe darstellen. Die Zusatzuntersuchungen zum Zwecke der Forschungsarbeit haben in der Regel keinen Einfluss auf Sie betreffende Therapieentscheidungen, könnten jedoch in Einzelfällen durchaus hilfreiche Zusatzinformationen für Ihr Krankheitsbild liefern. Zusätzlich gehen wir davon aus, dass die Erkenntnisse aus diesen Untersuchungen zukünftigen Patienten von unmittelbarem Nutzen sein werden.

Für diese Zwecke könnte deshalb das Untersuchungsmaterial verwendet werden. Im Falle wissenschaftlicher Untersuchungen und Auswertungen durch wissenschaftliche Kooperationspartner werden die Daten ohne Nennung Ihres Namens (anonymisiert/ pseudonymisiert) weitergegeben. Alle Ihre Angaben sowie die Untersuchungsergebnisse unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht. Alle neuen Untersuchungen an dem aufbewahrten Material werden erneut bei einer Ethikkommission angezeigt.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Zustimmung zu wissenschaftlichen Untersuchungen mit Methoden der zellulären, genetischen, molekularen, immunologischen und mikrobiologischen Diagnostik aus Blut, Urin, Knochenmark, Körperflüssigkeiten oder Gewebeproben.

Ich erkläre, dass ich mit der Aufbewahrung oben genannter Proben, der wissenschaftlichen Untersuchung und Auswertung meiner Daten sowie ihrer anonymisierten Weitergabe einverstanden bin. Ich übereigne die diagnostischen Proben dem Universitätsklinikum Jena.

Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter

Unterschrift aufklärender Arzt

Ort, Datum

Patient/in oder gesetzl. Vertreter

Ort, Datum

Arzt, Stempel