



BIOSCIENTIA

Medizin. Labor. Service.

Ausfüllanleitung: Interdisziplinäre Hämatologische Diagnostik

INTERDISZIPLINÄRE HÄMATOLOGISCHE DIAGNOSTIK

BIOSCIENTIA
Medizin. Labor. Service.
Bioscientia Institut für medizinische Diagnostik GmbH |
Konrad Adenauer Str. 17 | D-55218 Ingelheim | Tel. 06132-781-0 |
Fax 06132-781-214 | service@bioscientia.de | www.bioscientia.de

geb. am: _____
Versicherten-Nr.: _____
Arzt-Nr.: _____
Datum: _____
Arztstempel und Unterschrift / Kundennummer: _____
Auftragsbarcode: _____

ABRECHNUNGSART
 Kasse (Schein-Muster 10)
 Privat
 Stationärer GKV
 Stationärer Privat / Wahlleistung CA
 § 116b / ASV

GESCHLECHT
 weiblich
 männlich
 divers

VERLAUF
 ICD-10-Code: _____
 Erstdiagnose (ED) wann: _____
 Verdachtsuntersuchung
 Rezidiv

ANALYSE

	VOLUMEN	ANTIKOAGULATION
<input type="checkbox"/> Immunphänotypisierung (FACS) mit Zytologie	2 ml	EDTA
<input type="checkbox"/> Zytogenetik (Chromosomenanalyse)	5 - 7 ml	Heparin
<input type="checkbox"/> Fluoreszenz in-situ Hybridisierung (FISH)	2 - 3 ml	Heparin
<input type="checkbox"/> Molekulargenetik / NGS	5 - 7 ml	EDTA

(VERDACHTS-) DIAGNOSE

<input type="checkbox"/> B-NHL	<input type="checkbox"/> B-CLL	<input type="checkbox"/> HCL	<input type="checkbox"/> T-NHL	<input type="checkbox"/> B-ALL	<input type="checkbox"/> T-ALL	<input type="checkbox"/> MGUS / MM
<input type="checkbox"/> AML	<input type="checkbox"/> MDS	<input type="checkbox"/> MPN	<input type="checkbox"/> CML	<input type="checkbox"/> CMML	<input type="checkbox"/> Mastozytose	<input type="checkbox"/> PNH (nur PB)

KLINISCHE DATEN / FRAGESTELLUNG / THERAPIE

ERKLÄRUNG ZUR GENETISCHEN UNTERSUCHUNG GEMÄSS GENDG
 Ich erkläre gemäß GenDG im Hinblick auf die bei mir (das von mir vertretenen Person) durchzuführende, o.g. Untersuchungen über Zweck, Art, Umfang, Risiken und Konsequenzen, sowie die vorgesehene Verwendung der genetischen Probe und der Ergebnisse aufgeklärt wurde.
 Ich habe vor Einwilligung genug Bedenkzeit und bin mit der Gewinnung der genetischen Probe einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber u. g. aufklärender ärztlicher Person ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Zusätzlich erkläre ich meine Einwilligung (Nichtausfüllen entspricht einem "Nein")
 in die Aufbewahrung der genetischen Probe nach Abschluss der genetischen Untersuchungen) für ggf. Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form.
 in die Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, ggf. auch für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form.
 in die Mitteilung ggf. erhobener Zufallsbefunde.
 in die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses im Bedarfsfall an vertretende Ärzte (Vertretungsfall).
 in die Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an spezialisierte kooperierende Labore. Der Bericht erfolgt an das von mir beauftragte Labor, welches für die weitere Befundübermittlung zuständig ist.

Ort, Datum, Unterschrift Arzt / Ärztin: _____
 Ort, Datum, Unterschrift Patient / in bzw. Vertreter / in: _____
 Telefonische Rücksprache: Immunphänotypisierung mit Zytologie: 06132 781 - 663 | Zyto- Molekulargenetik 06132 781 - 411
 000100410010

Einzelanalyse oder die gesamte interdisziplinäre Diagnostik - Sie entscheiden.

Bitte so markieren:

Jede Analyse benötigt ihr eigenes Material.

Mit Angabe der Diagnose unterstützen Sie gezielte Analysen.

Klinische Daten sind vor allem bei unklarer Fragestellung wichtig.

Für genetische Analysen benötigen wir nach GenDG das Einverständnis der / des Patienten.

Umfangreiche Diagnostik einfach und schnell in nur einem Schritt anforderbar. Entscheiden Sie sich für die kombinierte Diagnostik, erhalten Sie einen übersichtlichen interdisziplinären Befund.