



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: _____

GESCHLECHT
 weiblich
 männlich
 divers

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

ANALYSE
 Immunphänotypisierung (FACS) mit Zytologie
 Zytogenetik (Chromosomenanalyse)
 Fluoreszenz in-situ Hybridisierung (FISH)
 Molekulargenetik / NGS

VOLUMEN ANTIKOAGULATION
2 ml EDTA
5 - 7 ml Heparin
2 - 3 ml Heparin
5 - 7 ml EDTA

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

(VERDACHTS-) DIAGNOSE
 B-NHL
 B-CLL
 HCL
 T-NHL
 B-ALL
 T-ALL
 MGUS / MM
 AML
 MDS
 MPN
 CML
 CMML
 Mastozytose
 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 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. ja nein
- in die Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus, ggf. auch für Qualitätssicherungsmaßnahmen und wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form. ja nein
- in die Mitteilung ggf. erhobener Zufallsbefunde. ja nein
- in die Mitteilung des Untersuchungsergebnisses im Bedarfsfall an vertretende Ärzte (Vertretungsfall). ja nein
- 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. ja nein

Ort, Datum, Unterschrift Patient / in bzw. Vertreter / in _____
Ort, Datum, Unterschrift Arzt / Ärztin _____

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.