

Anke Helling  
Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Martin Müller  
Hämatologie und  
internistische Onkologie

**LHO**  
Hans-Böckler-Str. 3  
68161 Mannheim

Tel 0621 - 178 69 75 0  
Fax 0621 - 178 69 75 1  
info@lab-ho.com  
www.lab-ho.com

# UNTERSUCHUNGSauftrag

Probentransport möglichst per Express-Zustellung für den folgenden Tag.

Patientenaufkleber

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  m  w  d  
Adresse \_\_\_\_\_

Anfordernde/r Ärztin / Arzt (oder Stempel)

Versicherungsstatus  Kasse Ü-Schein Muster 10  §116b  
 Privat  BG  stationär  ambulant

Material: Datum der Entnahme: \_\_\_\_\_ Uhrzeit der Entnahme: \_\_\_\_\_

- Peripheres Blut (15ml)  
 sonstiges Material: \_\_\_\_\_  
 Ausstriche peripheres Blut (n=4-6)
- Knochenmark (> 10ml)  
*bei KM-Untersuchungen zusätzlich PB in einer kleinen EDTA-Monovette beilegen*  
 Ausstriche Knochenmark (n=4-6)

- Untersuchung:  Morphologie und Immunphänotypisierung (Durchflusszytometrie) #  
 Molekulargenetik (PCR / NGS / Mutationsanalyse) #  
 Chromosomenanalyse  
 FISH-Diagnostik  
 Histologie (wichtig: Ü-Schein Muster 6)

- } EDTA  
(ggf. bei Thrombopenie zusätzlich Citrat / ThromboExact)
- Heparin (500 I.E./ml) KM  
→ EDTA oder Heparin  
→ gepufferte Formalinlösung

# Eine Stufendiagnostik wird entsprechend der Fragestellung und klinischen Angaben durchgeführt.  
Parameter können auch einzeln angefordert werden.

Klinische Angaben:  LK-Schwellungen  Splenomegalie  B-Symptomatik  Infektneigung  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Verdachts- /  
Diagnose, Befunde: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Therapie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

## **zur morphologischen, immunphänotypischen, genetischen oder molekulargenetischen Untersuchung und zur Aufbewahrung von Proben.**

Nach Einschätzung Ihres behandelnden Arztes besteht der Verdacht auf eine Erkrankung des blutbildenden Systems, welches unter Umständen mit genetischen Veränderungen im Blut und/oder Knochenmark einhergeht. Zur Abklärung wurde Ihnen Blut bzw. Knochenmark oder ein anderes Gewebe entnommen. Dieses Material soll zu einer genaueren Analyse in das Speziallabor der o.g. Berufsausübungsgemeinschaft gesendet werden. Aus dem Material werden je nach Fragestellung und individueller Notwendigkeit Chromosomen und/oder Nukleinsäuren (DNA, RNA) isoliert und auf genetische Veränderungen in den Blut- oder Knochenmarkzellen hin analysiert.

Dabei könnten u. a. angeborene chromosomale Auffälligkeiten entdeckt werden, die für Sie selbst wahrscheinlich ohne Krankheitswert sind, die jedoch für Ihre Nachkommen relevant sein könnten. Überschüssiges Material wird zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse als Rückstellprobe für bis zu 10 Jahre aufbewahrt. Ihr Material kann auch für die Verbesserung der medizinischen-genetischen Diagnostik und Behandlung Ihrer Erkrankung im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungsarbeit hilfreich sein. Im Falle einer solchen Verwendung (ggf. zusammen mit wissenschaftlichen Kooperationspartnern) werden Ihre

Daten ausschließlich in anonymisierter Form verwendet. Gemäß Erwägungsgrund 33 der EU Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) können Sie Ihre Einwilligung auch nur für bestimmte Bereiche der Forschung erteilen. Für anonymisierte Daten, welche für wissenschaftliche Zwecke erhoben wurden, ist keine Löschung vorgesehen. Rechtliche Grundlagen für die Verwendung Ihrer Daten finden sich in Art. 9 Abs. 2 j i. V. m. Art. 89 Abs. 1 EU DSGVO sowie in den Erwägungsgründen 53, 156, 157 und 159 sowie § 27 Bundesdatenschutzgesetz.

Gemäß § 27 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz ist es rechtlich, unter Wahrung der nationalen Verarbeitungsvorschriften, erlaubt, Daten ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke zu erheben.

Alle Ihre persönlichen Angaben sowie die Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Gemäß dem Gendiagnostikgesetz beim Menschen bin ich über genetische Untersuchungen sowie deren Möglichkeiten und Grenzen ausführlich aufgeklärt worden. Die Untersuchungsergebnisse werden Ihnen von Ihrem behandelnden Arzt mitgeteilt.

## **Ich wünsche eine Durchführung der von meinem Arzt zur weiteren Abklärung empfohlenen Analysen.**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Darüber hinaus erkläre ich mein Einverständnis, dass überschüssiges Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke sowie für die Entwicklung diagnostischer Tests unter Einhaltung der bestehenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen verwendet werden darf.**

Ja  Nein

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit und ohne Begründungsnachweis schriftlich zu widerrufen.  
Per Mail an [info@lab-ho.com](mailto:info@lab-ho.com) oder per Fax an 0621- 178 69 75 1