

**Rückfragen bitte an:**

**OÄ Dr. Monika Grünberger, MSc, MBA**  
**Telefon: +43 7242 415-2757**

**Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik**

Grieskirchner Straße 42, 4600 Wels, Austria  
Telefon Sekretariat +43 7242 415- 2763  
Fax DW 3981  
[labor@klinikum-wegr.at](mailto:labor@klinikum-wegr.at)  
[www.klinikum-wegr.at](http://www.klinikum-wegr.at)

## Auftrag zur Hämoglobinopathiediagnostik

<b>PATIENT</b>
<b>Zuname:</b>
<b>Vorname:</b>
<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
<b>Geburtsdatum:</b>

<b>EINSENDER</b>
<b>Ansprechpartner (Druckschrift):</b>
<b>Telefon:</b>
<b>Abnahmedatum:</b>
<b>Unterschrift:</b>
<b>Stempel:</b>

**Anforderung – Stufendiagnostik:**

- 1) Abklärung inkl. Blutbild, mikroskopisches Blutbild, Eisenstatus, Hämoglobinelektrophorese, evtl. Genetik  
Benötigtes Material: a + b + c
- 2) nur Hämoglobinelektrophorese und evtl. Genetik  
Benötigtes Material: a + c
- 3) nur genetische Abklärung  
Benötigtes Material: a + c

**Benötigtes Material:**

- a) ca. 5 mL EDTA-Blut (möglichst gekühlt bei 4-8°C – NICHT GEFROREN!)
- b) ca. 4 mL Serum oder Li-Heparin-Plasma (am besten bereits abgehoben)
- c) bereits erhobene Befunde (Blutbild, Eisenstatus, falls vorhanden Hämoglobin-Elektrophorese)

**Eigen- und Familienanamnese:**

**Geographische Herkunft des Patienten bzw. der Familie:**

**Erhalt einer Bluttransfusion:**     Nein     Ja – Datum der letzten Bluttransfusion:

**Milzextirpation:**     Nein     Ja

**Besondere Bemerkungen:**

Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik

Grieskirchner Straße 42, 4600 Wels, Austria  
Telefon Sekretariat +43 7242 415- 2763  
Fax DW 3981  
[labor@klinikum-wegr.at](mailto:labor@klinikum-wegr.at)  
[www.klinikum-wegr.at](http://www.klinikum-wegr.at)

## Einverständniserklärung zur Durchführung einer Gen-Analyse

Ich, ....., geb. am.....,

bestätige hiermit, dass ich durch Frau/Herrn Dr. ....

gemäß §69 GTG über das Wesen, die Tragweite und die Aussagekraft der geplanten Genanalyse aufgeklärt

worden bin.

Ich bin einverstanden, dass an einer von mir bzw. (bei einem/r Minderjährigem/n) meiner/m

....., geb. am .....

(Verwandschaftsgrad)

(Name)

Gewonnenen Blutprobe eine genetische Untersuchung(en) hinsichtlich des **Verdachts auf eine Hämoglobinopathie** durchgeführt wird und dass der Befund in Arztbrief, Krankengeschichte und EDV des Klinikums dokumentiert wird.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

.....  
Unterschrift des zuweisenden Facharztes

Der zuweisende Facharzt ist für die Aufklärung und Information des Patienten verantwortlich!