

Auftrag zur Hämoglobinopathiediagnostik

(Version 2 vom 5.2.2017)

PATIENT
Zuname:
Vorname:
<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
Geburtsdatum:

EINSENDER
Ansprechpartner (Druckschrift):
Telefon:
Abnahmedatum:
Unterschrift:
Stempel:

Anforderung – Stufendiagnostik:

- 1) Abklärung incl. 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. 5ml EDTA-Blut (möglichst gekühlt bei 4 - 8°C – NICHT GEFROREN!)
- b) ca. 4ml 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:

Rückfragen bitte an: OA Dr. Monika Grünberger

Telefon: 07242/415-2757

Einverständniserklärung zur Durchführung einer Gen-Analyse

(Version 1 vom 18.12.2014)

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

(Verwandtschaftsgrad)

(Name)

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

.....

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des zuweisenden Facharztes

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