

Auftragsformular Molekulare Hämostaseologie

MZ00831

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name, Vorname

geb.

Strasse

♀ ♂

PLZ

Ort

Datum der Blutentnahme:

Bitte zurücksenden an:

Prof. Dr. med. J. Oldenburg
Email: Johannes.Oldenburg@mvz-venusberg.eu
Medizinisches Versorgungszentrum
Venusberg GmbH
Zentrum für Hämostaseologie und
Transfusionsmedizin
Sigmund-Freud-Str. 25
Gebäude 43
53127 Bonn

Probeneingang / Befunde: 0228-287-13042
Fax: 0228-287-19455
Email: molhaem@mvz-venusberg.eu

GKV-Patient: **Überweisungsschein (Muster 10) je Auftrag**

bei Weiterüberweisung BSNR und LANR des Erstveranlassers angeben!

Untersuchungsauftrag (bitte ankreuzen)

Bitte klinische Information/Laborwerte beifügen

Prokoagulatorische Faktoren

- Fibrinogen, FGA, FGB, FGG
- Faktor II, F2
- Faktor V, F5
- Faktor VII, F7
- Faktor VIII, F8 (Hämophilie A)
- Faktor IX, F9 (Hämophilie B)
- Faktor X, F10
- Faktor XI, F11
- Faktor XII, F12
- Faktor XIII, F13A, F13B
- von Willebrand Faktor, vWF
- von Willebrand Faktor Typ Normandie, vWF2N

Weitere Gene

- VKORC1, GGCX (angeborener Mangel FII, VII, IX, X, PS, PC) (VKCFD)
- LMAN1, MCFD2 (kombinierter FV/FVIII-Mangel)
- Kininogen, KNG
- Präkallikrein, KLKB1
- ADAMTS13
- weitere molekulargenet. Untersuchung auf Anfrage

Thrombophilie

- Protein C, PROC
- Protein S, PROS
- Antithrombin, SERPINC1
- Protein C Rezeptor, PROC R (EPCR)
- F5 Leiden / HR2 Haplotyp
- Prothrombin-Gen G20210A Mutation
- JAK 2 / Calreticulin / Thrombopoetin Rezeptor (MPN)
- MPHFR

Pharmakogenetik

- VKORC1, CYP2C9, CYP4F2 (partielle)
Cumarinresistenz
- VKORC1, CYP2C9, CYP4F2, ggf. F9
Exon 2 (partielle) Cumarinsensitivität

WICHTIG

3 ml EDTA-Vollblut (geringere Mengen, Zitratblut oder DNA nach Rücksprache)

Methoden: PCR, Sequenzierung

Transport: Raumtemperatur

Klinische Informationen (Schweregrad, Restaktivität):

Name des anfordernden Arztes
(bitte in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Stempel



Einwilligung zur genetischen Untersuchung

Patient/in: _____
Name
Vorname
Geb. Datum

Bitte entscheiden Sie, wie Ihre Proben und Untersuchungsergebnisse genutzt werden dürfen. Nachdem die nachfolgenden Fragen mit Ihnen ausführlich besprochen wurden, beantworten Sie diese bitte mit Ja oder Nein.

Ich bin mit der Durchführung des Gentests auf Mutationen im - Gen und der dazu notwendigen Blutentnahme bei mir / meinem Kind einverstanden. Über die genetischen Grundlagen, Möglichkeiten der Vorbeugung/Vermeidung/Behandlung, über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der geplanten Untersuchung sowie der mit der Blutentnahme verbundenen Risiken bin ich hinreichend aufgeklärt worden. Alle meine Fragen wurden beantwortet.	ja	nein
Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an das Universitätsklinikum Bonn (AöR) und zur Einsichtnahme in gegebenenfalls dort bereits vorhandene Behandlungsunterlagen durch das MVZ, soweit dies zur Behandlung erforderlich ist.	ja	nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse auch an folgende/n mitbehandelnde/n Ärztin/Arzt geschickt werden: Frau/Herrn Dr.:	ja	nein
Ich möchte über das Ergebnis meiner Untersuchung informiert werden.	ja	nein
Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach 10 Jahren oder auf Ihren Wunsch hin sofort vernichtet wird. Mit Ihrer Einwilligung darf es jedoch länger aufbewahrt werden. Insbesondere für spätere genetische Untersuchungen in Ihrer Familie ist es wichtig, Vergleichsmaterial zur Verfügung zu haben. Ich bin damit einverstanden, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der molekulargenetischen Diagnostik weiterhin für die Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und als Kontrollmaterial für die Untersuchung von Familienangehörigen zur Verfügung steht.	ja	nein
Das Gendiagnostikgesetz verlangt, dass die Ergebnisse nach 10 Jahren vernichtet werden. Oftmals sind diese Daten aber noch wichtig für die Untersuchung Ihrer Kinder und Enkelkinder. Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung meiner Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist hinaus zum Zwecke nachfolgender Beratung / Untersuchungen von Familienangehörigen .	ja	nein
Genetische Proben sind unverzichtbar als Vergleichsmaterial in der Qualitätssicherung in unserem Labor. Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung meines Untersuchungsmaterials zum Zwecke der Qualitätssicherung einverstanden. Hierbei werden persönliche Daten selbstverständlich gelöscht (Pseudonymisierung).	ja	nein
Sollten die Untersuchungen ohne konkretes Ergebnis bleiben, bin ich damit einverstanden, dass weiterführende wissenschaftliche Untersuchungen zur Aufklärung der bei mir festgestellten Gerinnungsstörung durchgeführt werden.	ja	nein
Sollten in Zukunft weitere genetische Faktoren bekannt werden, welche einen Einfluss auf die bei mir festgestellte Gerinnungsstörung haben, bin ich damit einverstanden, dass diese untersucht werden.	ja	nein
Ich möchte über das Ergebnis dieser weiterführenden Untersuchung informiert werden, bzw. dass einer der Untersucher bei Bedarf in Zukunft mit mir Kontakt aufnimmt	ja	nein
Nach der diagnostischen Untersuchung auf die oben genannte Erkrankung bin ich einverstanden, dass die erhobenen Befunde in pseudonymisierter Form im Institut für Experimentelle Hämatologie und Transfusionsmedizin zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet werden (Genotyp-Phänotyp Assoziationsstudie bei Patienten mit hereditären hämostaseologischen Erkrankungen).	ja	nein

Jeder Punkt der Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile widerrufen werden. Mir ist bekannt, dass ich die eingeleitete Untersuchung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials sowie aller daraus gewonnenen Komponenten und der bis dahin erhobenen Befunde verlangen kann.

 (Ort/Datum)

 (Unterschrift des Patienten / Sorgeberechtigten)