

Molekulare Diagnostik

Von:

Nachname

Vorname

Geb.datum

Krankenkasse

Straße

PLZ / Ort

Tel.

Größe: _____ cm
(Schwangerschaftswoche)

Gewicht: _____ kg

männl. weibl. Schwangerschaft ja nein

SSW: _____

Raucher Nichtraucher

Blutentnahme am: Datum ____ / ____ / _____

Uhrzeit: _____

Arzt / Ärztin

Assistent /-in

Stempel / Unterschrift

Datum: _____

Diagnose

Molekulargenetische Diagnostik

HÄMOSTASE

Plasmatische Gerinnung

- Antithrombin Sequenzierung
- Antithrombin MLPA*
- Faktor II G20210A
- Faktor II Sequenzierung*
- Faktor V Leiden G1691A
- Faktor V Haplotyp A4070G
- Faktor V Sequenzierung*
- Faktor VII Sequenzierung
- Faktor VIII Sequenzierung (Hämophilie A)*
- Faktor VIII MLPA*
- Faktor IX Sequenzierung (Hämophilie B)*
- Faktor IX MLPA*
- Faktor X Sequenzierung
- Faktor XI Sequenzierung
- Faktor XII Sequenzierung
- Faktor XIII Val35Leu
- Faktor XIIIa / XIIIb Sequenzierung
- Fibrinogen Sequenzierung
- PAI-1 4G/5G polymorphism
- Plasminogen

- Protein C Sequenzierung
- Protein C MLPA*
- Protein S Sequenzierung
- Protein S MLPA
- Pro Z
- vWF Sequenzierung*
- vWF MLPA*
- ZPI

Thrombozyten

- GP Ia C807T
- HPA-1 Leu33Pro

Sonstige

- ACE I/D Polymorphismen (insertion/deletion Intron 16)
- CYP2C19 G681A / G636A
- CYP2C9 Arg144Cys / Ile359Leu
- Hemochromatosis H63D, S65C, C282Y
- MTHFR C677T / A1298C
- VKORC C1173T / G1639A
- VKORC Sequenzierung

* Fremdleistung

TUMOR

Pharmakogenetik

- B-RAF V600E (Melanome: Vemurafenib Therapie)
- EGFR * (Nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom: Gefitinib Therapie)
- EGFR TheraScreen*
- k-ras (Darmkrebs: Cetuximab Therapy)*

Sonstige

- c-kit/PDGFR A *
- bcr/abl (Philadelphia Translokation)*
- B Cell (Lymphomdiagnose)*
- MPL (Myeloproliferative Erkrankungen)*
- JAK2 V617F*
- MSI (Mikrosatelliteninstabilität)*
- T Cell (Lymphomdiagnose)*

Specimen

<input type="checkbox"/> isolierte DNA oder Vollblut	Raumtemperatur
<input type="checkbox"/> isolierte RNA oder stabilisiertes EDTA Blut	< 20°C
<input type="checkbox"/> DNA von paraffineingebetteten Sektionen oder whole paraffin section without extraction	Raumtemperatur

INFEKTIONEN

- Chlamydia trachomatis*
- CMV*
- EBV*
- H. pylori*
- HPV genotyping (24 types)*
- HPV screening *
- HSV*
- Mycobacteria (M. avium, M. intracellulare)*
- Mycobacteria (M. tuberculosis)*
- Toxoplasmose*

SONSTIGE

- Abortion (Aneuploidie d. Chr. 2, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22, X and Y)*
- Apo B R3500Q
- Apo E E2/E3/E4
- HLA-B27*
- LCT (Lactose-Intoleranz)*
- MODY (Monogener Diabetes)

G Einverständnis-Erklärung
zur molekularbiologischen Untersuchung
und Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial

Patienten-Etikett bitte einkleben

Was Sie wissen sollten

Datum: _____

- Aus Ihrer Blutprobe wird Erbmaterial (DNA) isoliert und auf genetische Veränderungen untersucht. Ihr Arzt erklärt Ihnen diese Untersuchung.

Was bedeutet „genetische Veränderung“?

Genetische Veränderungen sind keine Krankheit. Aber man kann das Risiko erkennen, eine bestimmte Krankheit zu bekommen. Der Arzt kann dann Empfehlungen geben, wie man sich schützen kann.

- Ein Teil der Blutprobe wird aufbewahrt, damit man die Ergebnisse später überprüfen kann.
- Für spätere Fragen und Qualitätskontrollen werden die Ergebnisse elektronisch gespeichert.
- Für alle Ergebnisse und persönlichen Informationen gilt die ärztliche Schweigepflicht.
- Nur Ihre Ärzte und die Mitarbeiter medizinischer Laboratorien kommen an Ihre Blutprobe und an Ihre persönlichen Daten. Diese werden in keinem Fall an andere Personen weitergegeben.

Mein Einverständnis ist freiwillig. Ich kann es jederzeit rückgängig machen. Dann wird das Probenmaterial vernichtet. Mein Arzt hat mir die Bedeutung einer genetischen Untersuchung erklärt und alle meine Fragen beantwortet.

Ich bin informiert, dass ich meine Einwilligung laut Art. 7 DS-GVO für die zukünftige Verarbeitung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

- Ich habe den Text gelesen und verstanden. Ich bin mit allen Punkten einverstanden.
- Mein Hausarzt/Facharzt soll einen Bericht bekommen. Ich bekomme auch einen Bericht.
- Mein Hausarzt/Facharzt soll keinen Bericht erhalten. Der Bericht soll nur an mich geschickt werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

.....
Unterschrift Arzt/Ärztin

Verwendung der Blutprobe für wissenschaftliche Untersuchungen

Jede Blutprobe (DNA) kann wichtig sein für die Erforschung, wie Blutkrankheiten entstehen.

Dann wird die Blutprobe (DNA) anonymisiert (= man weiß nicht, von welchem Menschen die DNA-Probe ist).

Sind Sie einverstanden, dass Ihre Blutprobe für eine wissenschaftliche Untersuchung anonym verwendet wird und die Ergebnisse statistisch ausgewertet werden?

- Ja Nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter

Ich habe eine Kopie dieses Formulars erhalten.

.....
Unterschrift Patient/gesetzlicher Vertreter