



Zuweisung zur Abklärung einer Hämoglobinopathie

Patient:

Nachname: _____	Geb.Datum: _____
Vorname: _____	o männlich o weiblich
Geographische Herkunft: _____	

Zuweisender Arzt:

Name: _____	Telefon: _____
Datum: _____	Unterschrift: _____
Befund bitte schicken an: _____	

- Anforderung:** 1) komplette Abklärung (Blutbild, Eisenstatus, Hämoglobinauftrennung, evtl. Genetik)
(Benötigtes Material a + b + c)
2) Nur Hämoglobinauftrennung und evtl. Genetik
(Benötigtes Material a + c)
3) Nur genetische Abklärung
(Benötigtes Material a + c)
 Alpha Thalassämie
 Beta Thalassämie
 HbS / HbC
 Persistent erhöhtes HbF

Benötigtes Material:

- a) ca. 5ml EDTA-Vollblut (möglichst gekühlt - NICHT GEFROREN!)
b) ca. 2ml Serum-, oder Heparin-Plasma (am besten bereits abgehoben)
c) Bereits erhobene Befunde (Blutbild, Eisenstatus, falls vorhanden Hämoglobin-Auftrennung)

Eigen- und Familienanamnese: _____

Bluttransfusion in den letzten 3 Monaten: ja nein
Milzextirpation: ja nein

Kommentar: _____

Bitte füllen sie die Einverständniserklärung für genetische Analysen (nächste Seite) vollständig aus.

Rückfragen bitte an: Dr. Janne Cadamuro
Tel.: 0662-4482-57263 / E-Mail: j.cadamuro@salk.at



Einverständniserklärung

zur molekularbiologischen Analyse und Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass aus der mir/meinem Kind entnommenen EDTA-Blutprobe die Erbsubstanz DNA zum Zwecke einer genetischen Untersuchung zum Nachweis von

Mutationen in **für eine Hämoglobinopathie relevanten Genen** analysiert wird.

Ich stimme außerdem zu, dass ein Teil des Untersuchungsmaterials aufbewahrt wird, um die entsprechenden Ergebnisse später überprüfen zu können. Hiermit erkläre ich gleichzeitig, dass ich über die Aussagekraft und die möglichen Konsequenzen der angeforderten Untersuchung von meinem Arzt aufgeklärt worden bin.

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie können nur mit meiner Zustimmung an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte, nicht aber an Dritte weitergegeben werden.

Ich stimme zu

Ich stimme nicht zu (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Des Weiteren stimme ich zu, dass

- meine Daten für die Untersuchung von Angehörigen i.S.e. Familienanalyse herangezogen werden können.

Ich stimme zu

Ich stimme nicht zu (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- meine DNA (bzw. die meines Kindes) für die medizinisch-genetische Grundlagenforschung verwendet werden kann, unter der Voraussetzung der Anonymisierung, sodass eine Zuordnung der Ergebnisse zu meiner Person unmöglich ist.

Ich stimme zu

Ich stimme nicht zu (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Diese Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Bitte Patientenetikett aufkleben oder in Blockschrift ausfüllen:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift des Patienten: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift des Arztes: _____