

Abteilung Innere Medizin II

Ärztliche Direktorin: Prof. Dr. med. Claudia Lengerke

HLA-Labor

Prof. Dr. med. Reinhild Klein

Dr. rer. nat. Britta Merz

An das HLA-Labor
Medizinische Klinik und Poliklinik
Otfried-Müller-Straße 10
72076 Tübingen

Begleitformular für die Molekulardiagnostik (externer Einsender)

Patienten-Daten: ☐ w ☐ m Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Adresse: _____ _____	Einsender: Anfordernder Arzt: _____ <i>bitte in Druckbuchstaben</i> Klinik: _____ Adresse: _____ _____ Wichtig: Bitte Telefonnummer angeben! Tel./Fax: _____
--	---

Kostenübernahme: ☐ Kasse ☐ Privat

Bei GVK-Patienten wird ein Überweisungs-/Abrechnungsschein benötigt, und bei Privatpatienten bitte komplette Anschrift nicht vergessen.

Molekulargenetik		Probe: 10 ml EDTA-Vollblut – Zellzahl ab 1000/ml Blut
HLA-Merkmal	Methode	Typisierung
☐ HLA-A*,B*,C*	Luminex	2-digits (niedrig auflösend)
☐ HLA-A*,B*,C*	Luminex	4-digits (hoch auflösend)
☐ HLA-A*	Luminex	Allel-Spez.
☐ HLA-B*	Luminex	Allel-Spez.
☐ HLA-C*	Luminex	Allel-Spez.
☐ HLA-B*27	SSP	2-digits
☐ HLA-DRB1*, DQB1*,DQA1*	Luminex	medium resolution
☐ HLA-A*,B*,C*,DRB1*, DQB1*, DQA1*, DPB1*	NGS	4-digits (hoch auflösend)
☐ HLA-DR*	Luminex / NGS	Allel-Spez. (z. B. „shared epitope“)
☐ HLA-DQ*	Luminex / NGS	Allel-Spez.
Klinische Angaben:		

Bitte diese Seite mit Probe (10 ml EDTA-Blut) und Einverständniserklärung (Seite 2) einsenden!

Universitätsklinikum Tübingen

Anstalt des öffentlichen Rechts, Sitz Tübingen

Steuer-Nr. 86156/09402

USt.-ID: DE 146 889 674

Geissweg 3
72076 Tübingen

Tel. +49 7071 29-0

www.medizin.uni-tuebingen.de

Aufsichtsrat

Dr. Hans J. Reiter (Vorsitzender)

Vorstand

Prof. Dr. Jens Maschmann (Vorsitzender)

Dr. Daniela Harsch (Stellv. Vorsitzende)

Prof. Ulrike Ernemann

Prof. Dr. Bernd Pichler

Klaus Tischler

Banken

Baden-Württembergische Bank Stuttgart:

IBAN: DE 41 6005 0101 7477 5037 93

BIC (SWIFT-Code): SOLADEST600

Kreissparkasse Tübingen:

IBAN: DE 79 6415 0020 0000 0141 44

BIC (SWIFT-Code): SOLADES1TUB

Abteilung Innere Medizin II

Ärztliche Direktorin: Prof. Dr. med. Claudia Lengerke
Prof. Dr. med. Reinhild Klein
Dr. rer. nat. Britta Merz

Einwilligungserklärung (externer Einsender)
zur gentechnischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

Patienten-Daten: ☐ w ☐ m Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Adresse: _____ _____	Einsender: Anfordernder Arzt: _____ <i>bitte in Druckbuchstaben</i> Klinik: _____ Adresse: _____ _____ Wichtig: Bitte Telefonnummer angeben! Tel./Fax: _____
--	---

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die Bedeutung und Tragweite der infrage stehenden Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen, aufgeklärt.	☐ ja ☐ nein
Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.	☐ ja ☐ nein
Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die vom behandelnden Arzt genannte Untersuchung eingeräumt, und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.	☐ ja ☐ nein
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt, laborinterne Kontrollen und wissenschaftliche Zwecke (z. B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt wird.	☐ ja ☐ nein
Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.	☐ ja ☐ nein
Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.	☐ ja ☐ nein
Ich bin mit der Weitergabe des Befundes an mit- und nachbehandelnde Ärzte, innerhalb des Klinikums auch online, einverstanden.	☐ ja ☐ nein
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter

Auftrag: Hiermit bitte ich um Durchführung der auf Seite 1 ausgewählten Untersuchung.

Ort, Datum

Unterschrift des anfordernden Arztes

Bitte diese Seite mit Probe (10 ml EDTA-Blut) und Begleitformular (Seite 1) einsenden!