

# Tumorgenetische Diagnostik Uveamelanom

Labor-Nr.:



Bitte senden an:

PD Dr. med. A. Caliebe  
Dr. med. M. Kautza-Lucht  
Dr. med. Ph.D. M.-P. Hitz  
Fachärzte für Humangenetik

PD Dr. rer. nat. E.M. Murga Penas

Leitung tumorgenetisches Labor

Universitäres MVZ Kiel für Spezialdiagnostik und genetische

Medizin der Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH

Fachbereich Humangenetik

Arnold-Heller-Straße 3

24105 Kiel

( Lieferadresse: Schwanenweg 24 )

BSNR 013212900 / 019711600

Email: mvz-kiel-genetik@uksh.de

Tel.: 0431-500-92136 FAX: -30608



Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name: ..... Vorname: .....

geb.: ..... Tel.: .....

Straße .....

PLZ ..... Ort .....

Für Rückfragen zur Probeneinsendung: 0431-500-92136

Bitte diesen Begleitzettel jeder Probe beifügen. Bei Probenentnahme zum Wochenende bitte telefonisch anmelden. Gerne senden wir Ihnen auch Versandmaterial zu.

Bei ambulanter Abrechnung nach EBM bitte **Ü-Schein Muster 10 (weiß)** beilegen. Sollten Sie Fragen zur Diagnostik haben, so stehen wir selbstverständlich telefonisch zur Verfügung.

Angaben zu Ihrem Patienten / zu Ihrer Patientin:

männl.  weibl. Entnahmedatum: .....  stationär  ambulant  Krankenkasse: .....  Privat

Material:

Tumormaterial  anderes Material: .....

DIAGNOSE:

Verdacht auf  gesichert  Verlaufskontrolle (bitte Vorbefund angeben)

Untersuchung (bitte zutreffendes ankreuzen)

Molekularzytogenetische Analysen	Molekulargenetische Analysen
<input type="checkbox"/> Monosomie 3/3p	<input type="checkbox"/> GNA11 (R183, Q209 bzw. Y160-F201, G208-V238)
<input type="checkbox"/> 1p-Verlust	<input type="checkbox"/> GNAQ (R183, Q209 bzw. Y160-E245)
<input type="checkbox"/> 6q-Verlust	<input type="checkbox"/> SF3B1 (R625, bzw. A603-H692)
<input type="checkbox"/> 8p-Verlust	
<input type="checkbox"/> 8q-Zugewinn	

Einverständnis des Patienten / der Patientin / des gesetzlichen Vertreters

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Untersuchung, der dazu notwendigen Blut-/ Gewebeentnahme, der Archivierung sowie gegebenenfalls Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (anonym). Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. (Nichtzutreffendes bitte streichen.)

.....  
Ort, Datum.....  
Unterschrift Patientin / Patient / gesetzlicher Vertreter

bzw. Bestätigung des Arztes:

Die Einwilligung des o.g. Patienten (bzw. bei Minderjährigen seiner Erziehungsberechtigten) zu den angeforderten Untersuchungen liegt mir vor. Die Einwilligung zur Blut-/ Gewebeentnahme, zur Archivierung sowie ggf. Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (anonym) sowie ggf. zur Weitergabe der Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle liegt mir ebenfalls vor. (Nichtzutreffendes bitte streichen.)

.....  
Name des anfordernden Arztes (bitte DRUCKBUCHSTABEN)

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des anfordernden Arztes