

Einsendeschein für Tumorzytogenomik Diagnostik Uveamelanom

Patient/in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht: w m d

Kostenübernahme

ambulant, Überweisungsschein Muster 10 beigefügt¹

stationär

privat² Rechnung an: Arzt/Ärztin Patient/in

¹ Humangenetische Leistungen berühren nicht das Laborbudget. ² Bei Privatpatienten ist eine Kostenübernahme vorab zu klären. Einen Kostenvorschlag können Sie unter 0451 500-50402 anfordern.

Einsendende/r Ärztin/Arzt (Bitte Stempel oder Druckschrift!)

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Tel./Fax

Datum, Unterschrift

Einverständnis des/der Patienten/in bzw. der gesetzlichen Vertretung (Erforderlich für die Durchführung der Analyse!):

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) sowie der Einwilligung in die Datenweitergabe und Verarbeitung Ihrer Daten in unserem Unternehmen gemäß Art. 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) i.V.m. §§ 32,33 BDSG nF. (Nichtzutreffendes bitte streichen).

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. der gesetzlichen Vertretung

bzw. Bestätigung des/der Arztes/Ärztin:

Die Einwilligung des/der o.g. Patienten/-in (bzw. bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten) zu den angeforderten Untersuchungen liegt mir vor. Die Einwilligung zur Blut-/Gewebeentnahme, zur Archivierung sowie ggf. Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (anonym) sowie der Einwilligung in die Datenweitergabe und Verarbeitung der Daten in unserem Unternehmen gemäß Art. 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) i.V.m. §§ 32,33 BDSG nF liegt vor. (Nichtzutreffendes bitte streichen).

Name des/der anfordernden Arztes/Ärztin (bitte DRUCKBUCHSTABEN)

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des/der anfordernden Arztes/Ärztin

Für Privatpatient/innen

Einwilligung in die Datenweitergabe und Verarbeitung Ihrer Daten in unserem Unternehmen gemäß Art. 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) i.V.m. §§ 32,33 BDSG nF

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass die Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH gem. den Informationen zu Datenverarbeitung und Datenschutz für Patienten meine Daten verarbeitet und die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenkartei (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe), der damit beauftragten Abrechnungsstelle, der unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Auf der Heide 17-19, 66687 Noswendel, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich die an der Behandlung beteiligten Ärzte des Ambulanzzentrums des UKSH gGmbH ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. der gesetzlichen Vertretung
(bei Minderjährigen des oder der Sorgeberechtigten)

Angaben zum Untersuchungsmaterial und Patienten

Name, Vorname

Geburtsdatum: Geschlecht: w m d

Abnahmedatum:

Untersuchungsmaterial: Tumorgewebe Paraffin anderes Material

Tumorgewebe in 0,9% Kochsalzlösung oder in RPMI-1640 Medium. Für FISH an Paraffin, 3–10 Leerschnitte à 5 µM für FISH und 10 Leerschnitte in einem Röhrchen à 5 µM für Molekulargenetik)

Klinische Angaben (Bitte möglichst ausführlich ausfüllen; verwenden Sie bitte die folgenden Symbole)

Verdacht auf gesichert Verlaufskontrolle (bitte Vorbefund angeben)

Diagnose:

FISH-Untersuchungen

Monosomie 3/3p-Deletion
1p-Verlust
6q-Verlust
8p-Verlust
8q-Zugewinn (8q24/ MYC-Gen)

Molekulargenetik

GNA11 (p.Arg183 und p.Gln209)
GNAQ (p.Arg183 und p.Gln209)
SF3B1 (p.Arg625)