

Rückfragen bitte an:
OÄ Dr. Monika Grünberger, MSc, MBA
Telefon: +43 7242 415-2757

Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik
Vorstand: Prim. Univ.-Doz. Dr. Alexander Haushofer

Grieskirchner Straße 42, 4600 Wels, Austria
Telefon Sekretariat +43 7242 415- 2763
Fax DW 3981

labor@klinikum-wegr.at
www.klinikum-wegr.at

Auftrag zur Hämoglobinopathiediagnostik

PATIENT
Zuname:
Vorname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum:

EINSENDER
Ansprechpartner (Druckschrift):
Telefon:
Abnahmedatum:
Unterschrift:
Stempel:

Anforderung – Stufendiagnostik:

- 1) Abklärung inkl. Blutbild, mikroskopisches Blutbild, Eisenstatus, Hämoglobinelektrophorese, evtl. Genetik
Benötigtes Material: a + b + c
- 2) nur Hämoglobinelektrophorese und evtl. Genetik
Benötigtes Material: a + c
- 3) nur genetische Abklärung
Benötigtes Material: a + c

Benötigtes Material:

- a) ca. 5 mL EDTA-Blut (möglichst gekühlt bei 4-8°C – NICHT GEFROREN!)
- b) ca. 4 mL Serum oder Li-Heparin-Plasma (am besten bereits abgehoben)
- c) bereits erhobene Befunde (Blutbild, Eisenstatus, falls vorhanden Hämoglobin-Elektrophorese)

Eigen- und Familienanamnese:

Geographische Herkunft des Patienten bzw. der Familie:

Erhalt einer Bluttransfusion: Nein Ja – Datum der letzten Bluttransfusion:

Milzexstirpation: Nein Ja

Besondere Bemerkungen:

Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik
Vorstand: Prim. Univ.-Doz. Dr. Alexander Haushofer

Grieskirchner Straße 42, 4600 Wels, Austria
Telefon Sekretariat +43 7242 415- 2763

Fax DW 3981

labor@klinikum-wegr.at

www.klinikum-wegr.at

Einverständniserklärung zur Durchführung einer Gen-Analyse

Ich,, geb. am.....,

bestätige hiermit, dass ich durch Frau/Herrn Dr.

gemäß §69 GTG über das Wesen, die Tragweite und die Aussagekraft der geplanten Genanalyse aufgeklärt worden bin.

Ich bin einverstanden, dass an einer von mir bzw. (bei einem/r Minderjährigem/n) meiner/m

....., geb. am

(Verwandschaftsgrad)

(Name)

Gewonnenen Blutprobe eine genetische Untersuchung(en) hinsichtlich des **Verdachts auf eine Hämoglobinopathie** durchgeführt wird und dass der Befund in Arztbrief, Krankengeschichte und EDV des Klinikums dokumentiert wird.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

.....
Unterschrift des zuweisenden Facharztes

Der zuweisende Facharzt ist für die Aufklärung und Information des Patienten verantwortlich!