



**Abteilung Innere Medizin II**

Ärztliche Direktorin: Prof. Dr. med. Claudia Lengerke

**HLA-Labor**

Prof. Dr. med. Reinhild Klein

PD Dr. F. Grünebach

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

**Begleitformular für die Molekulardiagnostik (externer Einsender)**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Patienten-Daten:</b>      <input type="checkbox"/> w      <input type="checkbox"/> m</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geb.: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> | <p><b>Einsender:</b></p> <p>Anfordernder Arzt: _____<br/><i>bitte in Druckbuchstaben</i></p> <p>Klinik: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Wichtig: Bitte Telefonnummer angeben!</b></p> <p>Tel./Fax: _____</p> |
|---|---|

**Kostenübernahme:**    Kasse    Privat

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

| <b>Molekulargenetik</b>  | Probe: 10 ml EDTA-Vollblut – Zellzahl ab 1000/ml Blut |                                      |             |                                       |         |                              |                                       |         |                           |                                 |         |             |                                 |         |             |                                 |         |             |                                   |     |          |   |         |                   |   |     |                           |                                  |               |                                      |                                  |               |             |  |
|--|---|--------------------------------------|-------------|---------------------------------------|---------|------------------------------|---------------------------------------|---------|---------------------------|---------------------------------|---------|-------------|---------------------------------|---------|-------------|---------------------------------|---------|-------------|-----------------------------------|-----|----------|---|---------|-------------------|---|-----|---------------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------------------|----------------------------------|---------------|-------------|--|
| <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">HLA-Merkmal</th> <th style="text-align: left;">Methode</th> <th style="text-align: left;">Typisierung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-A*,B*,C*</td> <td>Luminex</td> <td>2-digits (niedrig auflösend)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-A*,B*,C*</td> <td>Luminex</td> <td>4-digits (hoch auflösend)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-A*</td> <td>Luminex</td> <td>Allel-Spez.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-B*</td> <td>Luminex</td> <td>Allel-Spez.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-C*</td> <td>Luminex</td> <td>Allel-Spez.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-B*27</td> <td>SSP</td> <td>2-digits</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-DRB1*, DQB1*,DQA1*</td> <td>Luminex</td> <td>medium resolution</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-A*,B*,C*,DRB1*, DQB1*, DQA1*</td> <td>NGS</td> <td>4-digits (hoch auflösend)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-DR*</td> <td>Luminex / NGS</td> <td>Allel-Spez. (z. B. „shared epitope“)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> HLA-DQ*</td> <td>Luminex / NGS</td> <td>Allel-Spez.</td> </tr> </tbody> </table> | HLA-Merkmal   | Methode                              | Typisierung | <input type="checkbox"/> HLA-A*,B*,C* | Luminex | 2-digits (niedrig auflösend) | <input type="checkbox"/> HLA-A*,B*,C* | Luminex | 4-digits (hoch auflösend) | <input type="checkbox"/> HLA-A* | Luminex | Allel-Spez. | <input type="checkbox"/> HLA-B* | Luminex | Allel-Spez. | <input type="checkbox"/> HLA-C* | Luminex | Allel-Spez. | <input type="checkbox"/> HLA-B*27 | SSP | 2-digits | <input type="checkbox"/> HLA-DRB1*, DQB1*,DQA1* | Luminex | medium resolution | <input type="checkbox"/> HLA-A*,B*,C*,DRB1*, DQB1*, DQA1* | NGS | 4-digits (hoch auflösend) | <input type="checkbox"/> HLA-DR* | Luminex / NGS | Allel-Spez. (z. B. „shared epitope“) | <input type="checkbox"/> HLA-DQ* | Luminex / NGS | Allel-Spez. | <p><b>Klinische Angaben:</b></p><br><br><br><br><br> |
| HLA-Merkmal  | Methode   | Typisierung                          |             |                                       |         |                              |                                       |         |                           |                                 |         |             |                                 |         |             |                                 |         |             |                                   |     |          |   |         |                   |   |     |                           |                                  |               |                                      |                                  |               |             |  |
| <input type="checkbox"/> HLA-A*,B*,C*  | Luminex   | 2-digits (niedrig auflösend)         |             |                                       |         |                              |                                       |         |                           |                                 |         |             |                                 |         |             |                                 |         |             |                                   |     |          |   |         |                   |   |     |                           |                                  |               |                                      |                                  |               |             |  |
| <input type="checkbox"/> HLA-A*,B*,C*  | Luminex   | 4-digits (hoch auflösend)            |             |                                       |         |                              |                                       |         |                           |                                 |         |             |                                 |         |             |                                 |         |             |                                   |     |          |   |         |                   |   |     |                           |                                  |               |                                      |                                  |               |             |  |
| <input type="checkbox"/> HLA-A*  | Luminex   | Allel-Spez.                          |             |                                       |         |                              |                                       |         |                           |                                 |         |             |                                 |         |             |                                 |         |             |                                   |     |          |   |         |                   |   |     |                           |                                  |               |                                      |                                  |               |             |  |
| <input type="checkbox"/> HLA-B*  | Luminex   | Allel-Spez.                          |             |                                       |         |                              |                                       |         |                           |                                 |         |             |                                 |         |             |                                 |         |             |                                   |     |          |   |         |                   |   |     |                           |                                  |               |                                      |                                  |               |             |  |
| <input type="checkbox"/> HLA-C*  | Luminex   | Allel-Spez.                          |             |                                       |         |                              |                                       |         |                           |                                 |         |             |                                 |         |             |                                 |         |             |                                   |     |          |   |         |                   |   |     |                           |                                  |               |                                      |                                  |               |             |  |
| <input type="checkbox"/> HLA-B*27  | SSP   | 2-digits                             |             |                                       |         |                              |                                       |         |                           |                                 |         |             |                                 |         |             |                                 |         |             |                                   |     |          |   |         |                   |   |     |                           |                                  |               |                                      |                                  |               |             |  |
| <input type="checkbox"/> HLA-DRB1*, DQB1*,DQA1*  | Luminex   | medium resolution                    |             |                                       |         |                              |                                       |         |                           |                                 |         |             |                                 |         |             |                                 |         |             |                                   |     |          |   |         |                   |   |     |                           |                                  |               |                                      |                                  |               |             |  |
| <input type="checkbox"/> HLA-A*,B*,C*,DRB1*, DQB1*, DQA1*  | NGS   | 4-digits (hoch auflösend)            |             |                                       |         |                              |                                       |         |                           |                                 |         |             |                                 |         |             |                                 |         |             |                                   |     |          |   |         |                   |   |     |                           |                                  |               |                                      |                                  |               |             |  |
| <input type="checkbox"/> HLA-DR*   | Luminex / NGS   | Allel-Spez. (z. B. „shared epitope“) |             |                                       |         |                              |                                       |         |                           |                                 |         |             |                                 |         |             |                                 |         |             |                                   |     |          |   |         |                   |   |     |                           |                                  |               |                                      |                                  |               |             |  |
| <input type="checkbox"/> HLA-DQ*   | Luminex / NGS   | Allel-Spez.                          |             |                                       |         |                              |                                       |         |                           |                                 |         |             |                                 |         |             |                                 |         |             |                                   |     |          |   |         |                   |   |     |                           |                                  |               |                                      |                                  |               |             |  |

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

Universitätsklinikum Tübingen  
Anstalt des öffentlichen Rechts  
Sitz Tübingen  
Geissweg 3 • 72076 Tübingen  
Tel. 07071/29-0  
www.medizin.uni-tuebingen.de  
Steuer-Nr. 86156/09402  
USt.-ID: DE 146 889 674

Aufsichtsrat  
Hartmut Schrade (Vorsitzender)  
Vorstand  
Prof. Dr. Michael Bamberg (Vorsitzender)  
Gabriele Sonntag (Stellv. Vorsitzende)  
Prof. Dr. Karl Ulrich Bartz-Schmidt  
Prof. Dr. Ingo B. Autenrieth  
Klaus Tischler

Baden-Württembergische Bank Stuttgart  
BLZ 600 501 01 Konto-Nr. 7477 5037 93  
IBAN: DE41 6005 0101 7477 5037 93  
SWIFT-Nr.: SOLADEST  
Kreissparkasse Tübingen  
BLZ 641 500 20 Konto-Nr. 14 144  
IBAN: DE79 6415 0020 0000 0141 44  
SWIFT-Nr.: SOLADES1TUB



**Abteilung Innere Medizin II**

Ärztliche Direktorin: Prof. Dr. med. Claudia Lengerke  
Prof. Dr. med. Reinhild Klein  
PD Dr. F. Grünebach

**Einwilligungserklärung** (externer Einsender)

zur gentechnischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Patienten-Daten:</b>      <input type="checkbox"/> w      <input type="checkbox"/> m</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geb.: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> | <p><b>Einsender:</b></p> <p>Anfordernder Arzt: _____<br/><i>bitte in Druckbuchstaben</i></p> <p>Klinik: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Wichtig: Bitte Telefonnummer angeben!</b></p> <p>Tel./Fax: _____</p> |
|---|---|

|   |   |
|---|---|
| Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die Bedeutung und Tragweite der infrage stehenden Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen, aufgeklärt.  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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. | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ich bin mit der Weitergabe des Befundes an mit- und nachbehandelnde Ärzte, innerhalb des Klinikums auch online, einverstanden.  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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!**