



Medizinische Klinik
Abteilung Innere Medizin II
Ärztliche Direktorin:
Prof. Dr. Claudia Lengerke
HLA-Labor
Leitung: Dr. Britta Merz

Otfried-Müller-Straße 10
72076 Tübingen
Telefon: 07071 29-84488
Fax: 07071 29-4464

Begleitformular für die HLA-Analyse (externe Einsendungen)

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

Kostenübernahme: ☐ Kasse ☐ Privat ☐ Selbstzahler

☐ ambulant ☐ stationär

Bei GVK-Patient/in wird ein Überweisungs-/Abrechnungsschein benötigt

Bei Privatpatient/in bitte komplette Anschrift nicht vergessen

Molekulargenetik: HLA Merkmale	Probe: 10 ml EDTA-Vollblut – Zellzahl ab 1000/µl
☐ HLA-A* niedrigauflösend (SSO)	
☐ HLA-B* niedrigauflösend (SSO)	
☐ HLA-C* niedrigauflösend (SSO)	
☐ HLA-DRB1* mediumauflösend (SSO)	
☐ HLA-DQB1* mediumauflösend (SSO)	
☐ HLA-DQA1* mediumauflösend (SSO)	
☐ HLA-A*, B*, C*, DRB1*, DQB1*, DPB1* hochauflösend (NGS)	
☐ HLA-A*, B*, C*, DRB1*, DQB1*, DQA1*, DPB1* hochauflösend (NGS)	
☐ HLA-B*27	
☐ HLA-B*51	
☐ Einverständnis der Patientin/des Patienten liegt vor	
In Vorbereitung für Stammzelltransplantation:	
☐ Typisierung hochauflösend: HLA- A*, B*, C*, DRB1*, DQB1*, DPB1*	
☐ Retypisierung niedrig/medium auflösend: HLA- A*, B*, C*, DRB1*, DQB1*	
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. Dr. Ulrike Ernemann

Prof. Dr. med. Sara Y. Brucker

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



Medizinische Klinik
Abteilung Innere Medizin II
Ärztliche Direktorin:
Prof. Dr. Claudia Lengerke
HLA-Labor
Leitung: Dr. Britta Merz

Einwilligungserklärung (externe Einsendungen)
zur gentechnischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

Otfried-Müller-Straße 10
72076 Tübingen
Telefon: 07071 29-84488
Fax: 07071 29-4464

Patienten-Daten: ☐ w ☐ m	Einsender:
Name: _____	Anfordernde/r Ärztin/ Arzt: _____ <i>bitte in Druckbuchstaben</i>
Vorname: _____	Klinik: _____
Geb.: _____	Adresse: _____
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/in / Sorgeberechtigte

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

Ort, Datum

Unterschrift des anfordernde/r Ärztin/Arzt

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