

**ZTB | Zentrum für Transfusionsmedizin
und Zelltherapie Berlin gGmbH**
Gewebetypisierungs(HLA)-Labor
und Stammzellspendersucheinheit
Campus Virchow-Klinikum
Dr. N. Lachmann
Augustenburger Platz 1 | Forum 4
13353 Berlin



**Zentrum für Transfusionsmedizin
und Zelltherapie Berlin**

Ein Gemeinschaftsunternehmen der
Charité – Universitätsmedizin Berlin und
des DRK-Blutspendedienstes Nord-Ost

Tel. Serologie: 030 450 653 108 | DNA: 450 653 138
Fax 030 450 553 918
Mail info-hla@charite.de

Ärztlicher Zentrumsdirektor
Prof. Dr. med. Axel Pruß
Mail: axel.pruss@charite.de

Stand: 08/2018

Selektive HLA-Typisierung im Rahmen von HLA-assoziierten Krankheiten / Pharmakogenetik

Patientendaten: *Aufkleber*

Name:
Vorname:
Geb. Datum:
Geschlecht: w m

Kostenträger: bitte zutreffendes ankreuzen!
 Privat Rechnung an Patient
 Selbstzahler Rechnung an Einsender
 GKV (Bearbeitung nur bei Mitsendung eines Überweisungsscheins Muster 10 möglich)

***Pflichtangaben. Sonst keine Bearbeitung**

*Indikation: *ICD10-Code:

*Abnahmedatum: *Unterschrift Arzt: *Tel:

Station: für Rückfragen bzw. Befundübermittlung: Tel: Fax:

Selektive HLA-Typisierung (molekulargenetisch) Material: 10 ml EDTA- oder Citratblut (Kinder 5 ml)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HLA-A* | (z. B. Birdshot-Retinopathie) |
| <input type="checkbox"/> HLA-B* | (z. B. Abacavir-Hypersensitivität, M. Bechterew, M. Behcet) |
| <input type="checkbox"/> HLA-C* | (z. B. Psoriasis vulgaris) |
| <input type="checkbox"/> HLA-A*/B*/C* | (z. B. Uveitis, Carbamazepin-Hypersensitivität) |
| <input type="checkbox"/> HLA-DRB1* | (z. B. Rheumatoide Arthritis DR4 / shared Epitope, Lebererkrankungen, Kollagenosen) |
| <input type="checkbox"/> HLA-DQB1*/DQA1* | (z. B. Zölliakie) |
| <input type="checkbox"/> HLA-DRB1*/DQA1*/DQB1* | (z. B. Narkolepsie, Diabetes mellitus Typ 1, Multiple Sklerose) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben) | |

***Patienteneinwilligung für genetische Analysen (zwingend erforderlich!)**

Ich wurde gemäß den Erfordernissen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft der angeforderten genetischen Untersuchung ausreichend aufgeklärt. Ich willige in die Untersuchung und die dafür erforderliche Probeentnahme nach ausreichender Bedenkzeit ein. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich bin darüber aufgeklärt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen und von der Mitteilung des Untersuchungsergebnisses Abstand nehmen kann.

Datum:

Unterschrift Patient: