



## Anforderung von HLA-Untersuchungen

Bitte Pat.-Etikett hier  
einkleben oder Eintrag

### Patient/in

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ m w  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Fallnummer: \_\_\_\_\_

### Verwandtschaftsgrad des zu untersuchenden

**Angehörigen:** \_\_\_\_\_  
Für Patient/in: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Einsender Arzt / Krankenhaus

Station: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Kostenstelle: \_\_\_\_\_

### Uhrzeitstempel / Protokoll-Nr. (HLA-Labor)

**Diagnose / ICD-Code:** \_\_\_\_\_

### Klinische Angaben:

1. Blasten im Blut: \_\_\_\_\_%
2. Leukozytenzahl voraussichtlich < 2000 /µl? **ja** **nein**
3. Gabe von therapeutischen Antikörpern (z.B. ATG, Rituximab):  
\_\_\_\_\_ letzte Gabe: \_\_\_\_\_
4. Besteht ein Vorbefund zur HLA-Typisierung? **ja** **nein**  
(Falls ja, fügen Sie diesen bitte dem Anforderungsschein bei.)

**Blutentnahme** Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift Arzt:** \_\_\_\_\_

**Kostenträger** GKV-Patient, ambulant privat / Selbstzahler stationär Sonstige: \_\_\_\_\_

### HLA-Typisierung:

→ Probenmaterial: mind. 2,7 ml EDTA-Blut

**HLA-Typisierung NGS hochauflösend** (11 Loci: HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DRB3/4/5, -DPA1, -DPB1, -DQA1 und -DQB1)

**Bestimmung einzelner HLA-Allele** Einwilligungserklärung des Patienten gem. GenDG erforderlich (siehe Seite 2)!

### Antikörperdiagnostik:

→ Probenmaterial: mind. 7,5 ml Nativ-Blut (Serum)

**HLA-Antikörper-Nachweis, ggf. - Spezifizierung**

vom Anforderer oder HLA-Labor auszufüllen: LCT LCT mit DTT Luminex Screening Luminex Single Antigen

**Thrombozyten-Antikörper-Nachweis**

vom Anforderer oder HLA-Labor auszufüllen: Luminex ELISA

### Crossmatch:

**HLA-Verträglichkeitsprobe**

→ Probenmaterial Spender: mind. 20 ml Ammonium- (NH<sub>4</sub>) oder Lithium-Heparin-Blut, Milz oder Lymphknoten

Spender Name: \_\_\_\_\_

→ Probenmaterial Empfänger: mind. 7,5 ml Nativ-Blut (Serum)

Empfänger Name: \_\_\_\_\_

### Sonstige Untersuchungen:

→ Probenmaterial: mind. 2,7 ml EDTA-Blut

**molekulargenetische HPA-Typisierung (SSP)**

**molekulargenetische Blutgruppendiagnostik (SSP)** Vorbefunde Serologie zur Beurteilung zwingend erforderlich!

**ABO** **Rhesus-Formel / RhD-Zygotie** **weak D / partial D / DEL** **Kell / Kidd / Duffy** **MNS**  
seltene Antigene (Lu<sup>a/b</sup>, Di<sup>a/b</sup>, Yt<sup>a/b</sup>, Co<sup>a/b</sup>, Kp<sup>a/b</sup>, Do<sup>a/b</sup>, Js<sup>a/b</sup>, Vel<sup>/+</sup>)

Protokoll-Nr. (HLA-Labor)

Bitte Patientenetikett einkleben oder in Druckbuchstaben ausfüllen

Einsender

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



UNIVERSITÄTSmedizin.

MAINZ

Institut für Transfusionsmedizin  
- Transfusionszentrale

Direktorin: Univ.- Prof. Dr. med. D.S. Krause

Augustusplatz 4,  
55131 Mainz  
Telefon: 06131-17-3203



Akkreditiert durch die  
European Federation for Immunogenetics



Laborinfos

## Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik

### abzuklärende Fragestellung/Genanalyse

(bitte eintragen, Untersuchungsauftrag kann sonst nicht ausgeführt werden!)

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Durchführung der genetischen Untersuchung/Analyse zur Abklärung der oben genannten Fragestellung sowie der Gewinnung der dafür erforderlichen genetischen Probe. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschließlich auf diese Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu anderen Erkrankungen oder Erbanlagen.

Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und Tragweite der Analyse aufgeklärt. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen und von einer Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung oder Teilen davon Abstand nehmen kann.

Ich bin damit  einverstanden  nicht einverstanden,

dass verbleibendes Probenmaterial sowie alle Aufzeichnungen für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine Ärztin/meinen Arzt, Maßnahmen zur Sicherung oder Verbesserung der Qualität der durchzuführenden Analytik und in streng pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Vertreter

Name, Vorname in Druckbuchstaben:

(falls von Patienten abweichend)

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden:

Datum, Unterschrift Arzt