

FO_EL_062_Kooperationsersuchen_Materialanforderung

Empfänger:

Versandadresse für die erbetenen Gewebeproben

Institut für Pathologie
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover

Hannover, den

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitten wir Sie um vorübergehende Überlassung des nachfolgend genannten Materials aus Ihrem Institut an unser Institut für Pathologie zur weiteren Planung von Diagnostik und Therapie.

1. Patient:

Name, Vorname
Geburtsdatum

Art des Materials (Bitte ankreuzen, was zur Verfügung gestellt und übersandt wird):

Ihre Materialnummer

erbeten versandt (bitte ankreuzen)

- alle Belegschnitte (Die Schnitte werden nach Verwendung umgehend zurückgesandt)
- eine Auswahl von Belegschnitten (Die Schnitte werden nach Verwendung umgehend zurückgesandt) ungefärbte Schnitte (Anzahl:) (Diese Schnitte werden nicht zurückgesandt)
- Paraffinblock (Der Paraffinblock wird nach Verwendung umgehend zurückgesandt) Befundkopie

2. Verwendungszweck (s. Kreuz):

<input type="checkbox"/> Der Patient wünscht eine zweite Meinung	<input type="checkbox"/> Die behandelnden Ärzte möchten die Diagnose nachvollziehen
<input type="checkbox"/> Es sind therapierelevante Spezialuntersuchungen geplant	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Teilnahme an einer von einer Ethikkommission genehmigten Studie ohne direkte Konsequenzen für den Patienten	<input type="checkbox"/> Notwendigkeit der Referenzuntersuchung für eine klinische Studie, an der der/die Patient/-in teilnimmt

Patienteneinwilligung:

<input type="checkbox"/> Die Patienteneinwilligung liegt in Kopie bei	<input type="checkbox"/> Die Patienteneinwilligung liegt dem Absender vor
<input type="checkbox"/> Eine separate Patienteneinwilligung ist nicht erforderlich, da sie im Rahmen der Studienteilnahme bereits erteilt wurde. Name der Studie:	
Studienleiter:	

Name/Stempel:

Datum: