

Univ.-Prof. Dr. F. Deisenhammer
 Tel: +43/512/504-24264
 Fax: +43/512/504-24266
 lki.ne.labor@tirol-kliniken.at



Untersuchungsanforderung ANTIKÖRPER

(Methode/n: * indirekte Immunfluoreszenz (IIF), ** ELISA, *** qualitativer Euroline-Immunoblot)

Rohrpostnummer: 71

Der Versand unterliegt besonderen Vorschriften. Die Haftung für ordnungsgemäßen Versand liegt beim Einsender.

Version 5.6; 10.04.2024

PATIENT:IN (Große Patientenetikette hier anbringen oder folgende Patientendaten angeben. Bei unvollständigen Angaben ergeht die Rechnung an den Zuweiser) Name: Vorname: Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich Geburtsdatum: Adresse: Versicherungsnummer: Versicherung:	ZUWEISER:IN (Krankenhaus, Arzt/Ärztin, ggf. Kostenstellenetikette) Externe Zuweiser: Bitte unbedingt Faxnummer angeben! FAX: Für sofortige Befundauskunft Telefonnummer angeben: TEL.:
Klinische Fragestellung:	
Liquorentnahmestelle: ☐ Lumbal ☐ Ventrikulär /ÜLD ☐ anderes	

Bitte 3,5 ml Liquor und / oder 10 ml Vollblut (Serum - Röhrchen) einsenden!

Liquor und Vollblut MÜSSEN GLEICHZEITIG entnommen werden!

Gewünschte Untersuchung/en bitte ankreuzen:

LIQUOR	SERUM	ANALYSE
☐	☐	NMDA Rezeptor AK (N-Methyl-D-Aspartat) *
☐	☐	LGI1/Caspr2 AK (Leucine-rich glioma inactivated protein 1 / Contactin-assoziiertes Protein 2) *
☐	☐	AMPA _{1/2} Rezeptor AK (α-Amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazol-Propionsäure) *
☐	☐	GABA _B Rezeptor AK (γ-Amino-Butter-Säure-B) *
☐	☐	IgLON 5 (IgLon family member 5) *
☐	☐	DPPX (Dipeptidyl-aminopeptidase-like protein-6) *
☐	☐	Onkoneurale Antikörper (Anti Yo, Hu, Ri, Ma2, CV2, Amphiphysin, TR, Recoverin [▯] , SOX1,) *** mind. 2 ml Liquor notwendig!
☐		Im Rahmen der Abklärung autoimmuner und paraneoplastischer Enzephalitiden wird folgendes Routineprogramm (Liquor/Serum) zusätzlich empfohlen: Erweiterte Liquordiagnostik, freie Leichtketten-kappa Index / isoelektrische Fokussierung.
	☐	Gangliosid Antikörper IgM / chronische Immunneuropathien (GM1, GD1b, GQ1b und Sulfatid, IgM) **
	☐	Gangliosid Antikörper IgG / akute Immunneuropathien (GM1, GD1a, GD1b, GQ1b IgG) **
	☐	AQP-4 IgG (NMO-IgG) Antikörper (Aquaporin 4) *
☐	☐	MOG IgG Antikörper (Myelin-Oligodendrozyten-Glykoprotein)*
	☐	Acetylcholin Rezeptoren (AChR gamma und epsilon Untereinheiten) und MuSK (Muskel spezifische Kinase) Antikörper*

Die gesamte präanalytische Information finden Sie hier: www.neurolabor.tirol-kliniken.at; [▯]) Recoverin Antikörper werden nur im Serum bestimmt.

.....
 Datum, Uhrzeit der Probenentnahme

.....
 Unterschrift Zuweiser:in

Univ.-Prof. Dr. F. Deisenhammer
Tel: +43/512/504-24264
Fax: +43/512/504-24266
lki.ne.labor@tirol-kliniken.at



Sehr geehrte Patientin!

Sehr geehrter Patient!

Zustimmungserklärung Restprobenverwertung

Medizinische Forschung

Medizin ohne Forschung bedeutet Stillstand in der Entwicklung. Die Tirol Kliniken – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH ist bestrebt, die medizinische Forschung am a. ö. Landeskrankenhaus (Universitätskliniken) Innsbruck zusammen mit der Medizinischen Universität Innsbruck und anderen Forschungseinrichtungen voranzutreiben, um auch in Zukunft die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Ihrem Wohl zum Einsatz bringen zu können.

Zur medizinischen Forschung wird (auch) Restmaterial von Körpersubstanzen (z.B. Probenreste wie Blut, Harn, udgl.) benötigt und hierbei ist es uns ein Anliegen, dass Forschung mit medizinischen Restproben nur dann stattfindet, wenn Sie dem zustimmen. Zum Schutz Ihrer Persönlichkeitsrechte werden die Daten dabei vollständig anonymisiert, das bedeutet, dass jeder Personenbezug gelöscht wird, sodass kein Rückschluss auf Ihre Person mehr möglich ist.

Wir bitten Sie daher folgende Einverständniserklärung zu unterschreiben:

Ich stimme zu, dass Restmaterial von Körpersubstanzen (z.B. Probenreste wie Blut, Harn, udgl.), welches normalerweise entsorgt wird, zu akademischen und/oder kommerziellen medizinischen Forschungszwecken in vollständig anonymisierter Form von den Tirol Kliniken – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH sowie den mit diesen Institutionen verbundenen Forschungseinrichtungen bzw. Unternehmen verwendet werden darf.

Ich kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen, sodass ab dem Zeitpunkt meines Widerrufs mein Restmaterial nicht mehr zu medizinischen Forschungszwecken verwendet werden darf.

Wir weisen Sie abschließend ausdrücklich darauf hin, dass eine allfällige Ablehnung und/oder der spätere Widerruf der Einwilligung keinen wie immer gearteten Nachteil nach sich ziehen, insbesondere auch nicht für die weitere medizinische Behandlung.

☐ Zustimmung

☐ Ablehnung

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient:in bzw. gesetzliche:r Vertreter:in