

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassennr.	Versichertenr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Versichertenstatus:

Kasse:

Ambulant (bitte Überweisungsschein
Muster 10 mit Diagnose & Auftrag)

Barcode Humangenetik

Arztstempel

Ambulanzzentrum der MHH, angestellte Ärzte:
 Dr. med. B. Auber, PD Dr. med. habil. A.K. Bergmann,
 Prof.in Dr. med. G. Göhring, Dr. med. S. Morlot,
 Dr. med. T. Ripperger PhD, Prof. in Dr. med. B. Schlegelberger,
 Dr. med. C. Scholz

Ambulanzzentrum der MHH GmbH
 Fachbereich Humangenetik, OE 6300
 Prof. in Dr. med. B. Schlegelberger
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover



Hämatookogenetik: Auftrag zur molekulargenetischen und zytogenetischen Untersuchung

Materialannahme: Montag – Freitag 8 – 16 Uhr, Samstag 8 – 12 Uhr, bei Rückfragen: 0511 532 3114
Untersuchungsmaterial: Chromosomenanalyse: Heparin-Knochenmark, Heparin-Blut; Telomerlängenmessung: EDTA-Blut
 Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung: Heparin-Knochenmark, Heparin-Blut, ggf. ungefärbte Knochenmark- und Blutausstriche
 Mutationsanalysen, PCR: EDTA-Knochenmark, EDTA-Blut
Versand: möglichst mittels TNT Express innerhalb von 24h (Tel. Nr. 01806 – 900800)

Material:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heparin-Knochenmark | <input type="checkbox"/> EDTA-Knochenmark | <input type="checkbox"/> Knochenmark-Ausstriche x _____ | Datum der Materialentnahme: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heparin-Blut | <input type="checkbox"/> EDTA-Blut | <input type="checkbox"/> Blut-Ausstriche x _____ | <input type="checkbox"/> anderes: _____ |

Bemerkungen (z. B. Diagnose/Verdachtsdiagnose, Fragestellung): Ergebnisse/Befunde von Voruntersuchungen (ggf. bitte in Kopie beilegen)
 Studie: _____
 Studien-Nr.: _____
Für Rückfragen/Befundmitteilungen bitte Ihre Telefonnummer hier eintragen: _____, ggf. Fax-Nr.: _____

Klinische Daten und Diagnose:

<input type="checkbox"/> Verdacht auf:	<input type="checkbox"/> gesichert	<input type="checkbox"/> AML	<input type="checkbox"/> CML
<input type="checkbox"/> Erstdiagnose:	<input type="checkbox"/> Rezidiv	<input type="checkbox"/> MDS	<input type="checkbox"/> ET / OMF
<input type="checkbox"/> Verlauf:		<input type="checkbox"/> SAA	<input type="checkbox"/> PV
<input type="checkbox"/> Vorbefund:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> B-ALL	<input type="checkbox"/> Plasmozytom/ MM
<input type="checkbox"/> laufende Therapie:	<input type="checkbox"/> Transplantation <input type="checkbox"/> geschlechtsdifferent	<input type="checkbox"/> B-CLL <input type="checkbox"/> Lymphom	<input type="checkbox"/> T-ALL <input type="checkbox"/> andere:

Einverständnis des Patienten/der Patientin/des (gesetzl.) Vertreters (gem. GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung)
 –bzw. ggf. Kopie einer gem. GenDG verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung. Ggf. bestätigt die laut GenDG verantwortliche ärztliche Person mit ihrer Unterschrift, dass ihr die Einverständniserklärung vorliegt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung und ggf. genetischer Beratung und unter Kenntnis meines Widerrufsrechtes mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Analyse und der dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahme. **Ich bin damit einverstanden,**

dass die erhobenen Ergebnisse in Papierform sowie in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden.
 dass sie ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden.
 dass die Ergebnisse der Untersuchungen **nicht** nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meiner Familie auch nach meinem Tod zur Verfügung stehen.
 dass verbleibendes Untersuchungsmaterial nach Abschluss der Analyse dem Labor überlassen wird, welches die Analyse durchgeführt hat.
 dass DNA/Plasma aus einer EDTA-Blutprobe von mir für Forschungszwecke in der Biobank der MHH asserviert wird.
 dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden

X **X**

Ort/Datum **Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter**
X

Name in Druckschrift und Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arzt

Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.
X

 Ort/Datum Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

Untersuchungsauftrag für folgende zytogenetische/molekulargenetische Analysen:

Akute myeloische Leukämie (AML)

- Chromosomenanalyse
- FISH
- Nachweis von Fusionstranskripten mittels PCR
 - AML1/ETO t(8;21) PML/RARA t(15;17) CBFβ/MYH11 inv(16)
- Mutationsanalyse
 - BCOR, CEBPA, CKIT, DNMT3A, FLT3, GATA1, GATA2, IDH1, IDH2, KRAS, NPM1, NRAS, RUNX1, TET2, TP53, WT1
- Mutationsanalyse bei (V. a.) familiäre Leukämie
 - CEBPA, GATA2, RUNX1, ETV6

Myelodysplastisches Syndrom (MDS)

- Chromosomenanalyse
- FISH
- Mutationsanalyse (häufige Mutationen)
 - ASXL1, DNMT3A, EZH2, NRAS, RUNX1, SF3B1, SRSF2, TET2, TP53, U2AF1
- Mutationsanalyse (seltene Mutationen)
 - BCOR, CBL, CEBPA, IKZF1, KIT, KRAS, NPM1, PTEN, PTPN11
- Mutationsanalyse bei (V. a.) familiäre Leukämie
 - CEBPA, GATA2, RUNX1, ETV6

Sekundäre MDS/AML

- Chromosomenanalyse
- FISH
- Mutationsanalyse pädiatrisch
 - ASXL1, KRAS, NRAS, RUNX1, SETBP1, TP53

Akute lymphoblastische Leukämie (B-ALL)

- Chromosomenanalyse
- FISH
- Nachweis von Fusionstranskripten mittels PCR
 - BCR/ABL t(9;22) MLL/AF4 t(4;11) TEL/AML1 t(12;21)
- Molekulargenetischer Nachweis von anderen Fusionstranskripten:

- Quantifizierung von Fusionstranskripten mittels qPCR
 - BCR/ABL t(9;22)

Akute lymphoblastische Leukämie (T-ALL)

- Chromosomenanalyse
- FISH
- Mutationsanalyse
 - DNMT3A, NOTCH1, FBXW7, IDH1, IDH2, RUNX1, PHF6

Chronische lymphatische Leukämie (B-CLL)

- Chromosomenanalyse
- FISH
- IgVH-Rearrangement
- Mutationsanalyse TP53
- Mutationsanalyse
 - FBXW7, KRAS, MYD88, NOTCH1, SF3B1, TP53

Lymphom

- Nähere Bezeichnung: _____
- Chromosomenanalyse
 - FISH

Myeloproliferative Erkrankungen (MPN)

Chronische myeloische Leukämie (CML)

- Chromosomenanalyse
- FISH
- Nachweis von Fusionstranskripten mittels PCR
- Quantifizierung und Nachweis von Fusionstranskripten mittels PCR und qPCR zur Bestimmung der minimal residual disease (MR)
 - BCR/ABL t(9;22)
- Mutationsanalyse bei TKI-Resistenz
 - ABL1

Essentielle Thrombozythämie (ET) / OMF

- Chromosomenanalyse
- FISH
- Mutationsanalyse (häufige Mutationen)
 - JAK2 V617F JAK2 (Exon 12)*
 - CALR (Exon 9)*
 - MPL (Exon 10)*
- * erfolgt als Stufendiagnostik wenn JAK2 V617F
- Mutationsanalyse (seltene Mutationen)
 - ASXL1, CBL, CSF3R, DNMT3A, EZH2, IDH1, IDH2, SRSF2, TET2

Polycythemia Vera (PV)

- Chromosomenanalyse
- FISH
- Mutationsanalyse
 - JAK2 V617F JAK2 (Exon 12)*
- * erfolgt als Stufendiagnostik wenn JAK2 V617F negativ

Plasmozytom / Multiples Myelom

- FISH an CD138-positiven Zellen
- Mutationsanalyse
 - JAK3, KRAS, NRAS

CMML

- Chromosomenanalyse
- FISH
- Mutationsanalyse
 - ASXL1, CBL, EZH2, KRAS, NPM1, NRAS, RUNX1, SETBP1, SRSF2, TET2

Mastozytose

- Chromosomenanalyse
- FISH
- Mutationsanalyse
- KIT

Andere Tumorerkrankungen

- Chromosomenanalyse
- FISH
- 24-Farben-FISH
- Telomerlängenmessung
- PCR: _____
- Mutationsanalyse: _____