

Einsender:

Patientendaten:

Rechnung:

Kasse ambulant (Schein Muster 10)

stationär

Selbstzahler

privat ambulant

privat stationär

Untersuchungsanforderung Onkologische Diagnostik

Diagnose:

- CML B-CLL B-ALL
 MPN B-NHL T-ALL
 MDS T-NHL CMML
 AML MM/Plasmozytom

Therapiestand:

- Erstdiagnose
 Kontrolle
 Rezidiv
 nach KMT, Spender ♀ ♂

Material:

- Blut
 Knochenmark

Sonstige klinische Angaben:

Entnahmedatum / Uhrzeit:

Unterschrift:

Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente und Proben zusammen:

- **Untersuchungsanforderung**
- **Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten), ggf. Kostenübernahmeerklärung**
- **Probenmaterial mit Patientennamen und Geburtsdatum beschriftet:**
 - **Karyogramm und FISH: mind. 5ml Heparin-Blut bzw. 3ml Heparin-Knochenmark**
 - **Molekulargenetik: 2x 3ml EDTA-Blut bzw. 3ml EDTA-Knochenmark**
- **Einwilligungserklärung des Patienten gemäß GenDG
(nur für Analysen unter der Rubrik „Sonstige Untersuchungen“ erforderlich)**

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

KARYOGRAMM

- Mikroskopische Bänderungsanalyse

B-NHL/CLL

- Karyogramm - Komplexer Karyotyp (B-CLL)
 MG - TP53
 MG - IGHV (Klonalität, Hypermutationsstatus (CLL))
 FISH - Panel B-CLL
 MG - Genanalyse B-CLL (ggf. bei Therapieindikation) (TP53, BIRC3, NOTCH1, SF3B1)
 FISH - Panel Non-Hodgkin-Lymphom (B-NHL)
 MG - Spezifische Mutationsanalyse - Lymphom-Panel (inkl. BRAF, MYD88, NRAS, SF3B1, MYC)

Multiples Myelom (MM) / Plasmozytom

- FISH - Panel MM
 MG - spezifische Mutationsanalyse MM-Panel (BRAF, NRAS, KRAS)

M. Waldenström

- FISH - Panel M. Waldenström
 MG - Genanalyse (CXCR4, MYD88)

Burkitt-Lymphom

- FISH - Panel Burkitt-Lymphom

DLBCL

- FISH - Panel DLBCL

Follikuläres Lymphom

- FISH - Panel Follikuläres Lymphom (inkl. t(14;18))
 PCR - t(14;18) IGH::BCL2
 Genpanel (inkl. ARID1A, BCL2, CARD11, CREBBP, EP300, EZH2, TP53)

Mantelzell-Lymphom

- FISH - Panel Mantelzelllymphom (inkl. t(11;14))
 PCR - t(11;14) CCND1::IGH
 MCL - Genpanel (inkl. TP53, ATM, CDKN2A, CARD11, BTK, TET2, NOTCH2)

Marginalzonen-Lymphom

- FISH - Panel Marginalzonenlymphom
 MZL - Genpanel (inkl. CD274, MYD88, KMT2D, NOTCH1/2, TP53, FBXW7, TET2)

Haarzell-Leukämie

- FISH - Panel Haarzellleukämie
 MG – BRAF V600E

T-Zelllymphom

- FISH - Panel T-Zelllymphom
 T-NHL Genpanel (inkl. JAK3, PTEN, STAT3, TP53)

MPN/CML

- Karyogramm - (KM Kontrolle, Diagnose)
 FISH - Zytogenetische Hochrisiko Veränderungen
 t(9;22) BCR::ABL1 (qualitativ, diagnostisch)
 t(9;22) BCR::ABL1 (quantitativ, Therapie-Monitoring)
 abl1 Sequenzierung (TKI Resistenz bzw. Therapieversagen)
 atypische CML - Genpanel (inkl. SETBP1, ETNK1, TP53)

MPN

- Karyogramm (PMF, CMML, CML)
 Charakteristische chromosomale Veränderungen FISH (Diagnostik/Risikostratifizierung)
 MG - Diagnostik - JAK2, CALR, MPL
 MG - Diagnostik - spezifische Mutationsanalyse (inkl. CBL, IDH1, IDH2, SRSF2, SF3B1, U2AF1)
 MG - Diagnostik – Genpanel (inkl. TP53, RUNX1, ASXL1)
 Polyglobulie, V.a. PV (JAK2 Exon 12 -14)
 PV - JAK2 V617F Allelfrequenz - Verlaufskontrolle

MPN - Eosinophilie (Ausschlussdiagnostik z.B. bei CMML)

- Charakteristische chromosomale Rearrangements FISH - PDGFR α und β , FGFR1, JAK2, FLT3, ETV6

MPN - CMML

- Zytogenetik
 MG - Genanalyse (TP53, RUNX1, ASXL1, TET2)

MDS

- Chromosomale Aberrationen (Karyogramm und FISH)
 MG - Diagnostik - spezifische Mutationsanalyse (inkl. SF3B1, SRSF2, SETBP1, IDH1/2, U2AF1)
 MG - Diagnostik – Genpanel (entspr. IPSS-M Score)

AML

- Klassifikation/Risikostratifizierung zur Therapieplanung Karyogramm, FISH-Panel, Molekulargenetik (entspr. ELN-Guidelines)

ALL

- t(9;22) BCR::ABL1 (qualitativ, diagnostisch)
 ALL assoziierte Translokationen - PCR PCR - t(1;19) PBX1::E2A, t(4;11) AF4::MLL

Molekulargenetische Untersuchung (diagnose-übergreifend)

- MG - Pan Myelo/Lympho Genpanel (u.a. ASXL1, DNMT3A, EZH2, IDH1/2, JAK2, MYD88, NRAS, NOTCH1, RUNX1, SF3B1, SRSF2, STAG2, TP53)

Sonstige Untersuchungen (Einwilligungserklärung erforderlich)

- 5-FU Toxizitätsscreening (gemäß DGHO Positionspapier)
 Morbus Meulengracht/ Irinotecan-Tox (UGT1A1*28 und *6)
 β -Thalassämie
 Sichelzellanämie

Anforderung von einzelnen bzw. speziellen Analysen:

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung

Name: _____ geb. _____

Ich bin in einem persönlichen Beratungsgespräch über die mich /die von mir betreute Person betreffende medizinisch-genetische Fragestellung, die hierfür bestehenden Möglichkeiten einer genetischen Diagnostik sowie über deren Wesen, Bedeutung und Tragweite aufgeklärt worden.

Eine ausreichende Bedenkzeit wurde mir eingeräumt. Es steht mir frei, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen oder auf die Mitteilung des Ergebnisses der Untersuchung zu verzichten. Ich kann jederzeit die Vernichtung aufbewahrten Probenmaterials verlangen.

Meine personenbezogenen Daten und medizinischen Befunde werden nach den Regeln der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und der ärztlichen Schweigepflicht behandelt. Ich habe das Recht zur Löschung meiner personenbezogenen Daten, soweit sie nicht der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht unterliegen. Ich bin damit einverstanden, dass an der beauftragten medizinischen Untersuchung auch andere medizinische Labore beteiligt werden, falls dies erforderlich ist. Diese Einrichtungen unterliegen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich willige in die mir angebotene genetische Diagnostik wegen

_____ **ein.**

Weiterhin erkläre ich mich gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) einverstanden mit:

Aufbewahrung verbleibenden Probenmaterials zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse bzw. für eventuelle künftige neue Abklärungsmöglichkeiten ohne Befristung. ja nein

Möglichkeit des Einsatzes verbleibenden Probenmaterials in anonymisierter Form für Qualitätssicherung, Methodenentwicklung und Forschungszwecke. ja nein

Mitteilung eventueller Zusatzbefunde, sofern diese medizinisch bedeutsam sind. ja nein

Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus, ohne dass hierauf Anspruch erhoben wird. ja nein

Möglichkeit der Heranziehung der Ergebnisse zur genetischen Beratung von Mitgliedern meiner Familie. ja nein

Zusendung der Untersuchungsergebnisse an den zuweisenden Arzt,

sowie an: _____

Ort, Datum

Unterschrift (Patient, gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift des beratenden Arztes: _____