

Name, Vorname des Versicherten		geb. am			
Adresse					
Kassennr.	Versichertenr.		Status		
Vertragsarztnr.	VK gültig bis		Datum		

Arztstempel und Unterschrift

## Onkogenetischer Untersuchungsantrag der AML BFM Studie



**Institut für Zell- und Molekularpathologie**  
Direktorin Prof. Dr. med. Brigitte Schlegelberger  
Fachärztin für Humangenetik

Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
www.mhh.de/zellpathologie.html



Akkreditiert durch/Accredited by  
Zentralstelle der Länder  
für Gesundheitsschutz  
bei Arzneimitteln und  
Medizinprodukten  
www.zlg.de  
**ZLG-P-352.08.03**

**Molekulargenetik Tel.: 532-5096 / 9430 oder 4534**

**Zytogenetik Tel.: 532-4515/4516, FAX: 532-4519**

Material:  Heparin-Knochenmark  Heparinblut  Sonstiges (z.B. DNA): \_\_\_\_\_  
 EDTA-Knochenmark  EDTA\_Blut

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Anamnese:  Initial  Rezidiv  nach SZT  MRD  \_\_\_\_\_

Blasten im Knochenmark: \_\_\_\_\_ % Blasten im peripheren Blut: \_\_\_\_\_ %

**Molekulargenetik**

**Zytogenetik**

### Untersuchung folgender Gene:

**FLT 3**

**CBFβ/MYH11**

**NPM 1**

**AML1/ETO**

**c- Kit**

**MLL-Rearrangement**

**n- RAS**

**AF10**  **AF9**  **Other:** \_\_\_\_\_

**WT 1**

**PML-Rarα**

**GATA 1**

**Trisomie 21**

**GATA 1 HRM**

**Befunde werden nachrichtlich verschickt an:**

**Prof. Dr. med. D. Reinhardt , AML Päd Studienzentrale der MHH, Hannover**

### Einverständniserklärung gemäß GenDG

#### Einverständnis des Patienten / der Patientin / des gesetzlichen Vertreters

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten tumorgenetischen Untersuchung, der Archivierung, sowie gegebenenfalls Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (pseudonymisiert). Wir erforschen, wie genetische Veränderungen zur Entwicklung von Leukämien und anderen Krebserkrankungen beitragen. (Auch wenn sich -hoffentlich- herausstellt, dass Sie keine ernsthafte Erkrankung haben, sind die Zellen für uns von Nutzen). Ich bin einverstanden, dass die Befunde über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Ort Datum  
\* nicht Zutreffendes bitte streichen

**Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter**

**Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes**