

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

**Rechnungsart**

**Kasse**

- stationär  
 ambulant (bitte Überweisungsschein)

**Privat**

- stationär  
 ambulant

**Rechnungsempfänger**

- Einsender  Patient/in

Arztstempel und Unterschrift



**Ambulanzzentrum der MHH GmbH**  
**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

Duplikatsbefund an

**Untersuchungsantrag**

Materialannahme: Montag – Freitag 8 – 16 Uhr, Samstag 8 – 12 Uhr

Bemerkungen (z.B. Verdachtsdiagnose, Fragestellung)

Barcode

**Gewünschte Untersuchung**

Diagnostik

Forschung

Studie \_\_\_\_\_

**Zytogenetik Tel.: 532-4515/4516, FAX: 532-4521**

- Chromosomenanalyse ggf. FISH  
 nur Chromosomenanalyse  
 nur FISH  
 24-Farben-FISH  
 Telomerlängenmessung  
 Heparin-Knochenmark  
 Heparin-Blut  
 sonstiges \_\_\_\_\_

Tag der Probennahme: \_\_\_\_\_

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

- PCR (s. umseitig) \_\_\_\_\_  
 Mutationsanalyse  
 Gen \_\_\_\_\_

- EDTA-Knochenmark  
 EDTA-Blut  
 sonstiges \_\_\_\_\_

Tag der Probennahme: \_\_\_\_\_

**Klinische Daten und Indikation**

Geschlecht des Patienten

weiblich

männlich

**Diagnose**

- Verdacht auf  
 gesicherte Diagnose  
 Erstdiagnose \_\_\_\_\_ (Datum)  
 Rezidiv \_\_\_\_\_  
 Therapiekontrolle  
 Vorbefunde \_\_\_\_\_  
 vorangegangene Therapie \_\_\_\_\_ (Datum)  
 Transplantation  nein  ja

- AML  
 ALL  
 B-CLL  
 CML

- CMPE  Plasmozytom / MM  
 MDS  
 Lymphom  
 Andere Tumorerkrankungen: \_\_\_\_\_

- laufende Therapie \_\_\_\_\_  
 geschlechtsdifferent

**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 \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter \_\_\_\_\_ Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes \_\_\_\_\_

\* nicht Zutreffendes bitte streichen

## Wir bieten Ihnen folgende molekulargenetischen Analysen an:

Diagnose	Methode	Gen
<b>Leukämien:</b> CML	PCR Quantitative PCR Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> BCR/ABL (t(9;22)) <input type="checkbox"/> BCR/ABL (t(9;22)) <input type="checkbox"/> Imatinib Resistenz
AML (M2) AML (M3) (APL)	PCR PCR PCR Mutationsnachweis Mutationsnachweis Mutationsnachweis Mutationsnachweis Mutationsnachweis Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> AML1/ETO (t(8;21)) <input type="checkbox"/> PML/RARa (t(15;17)) <input type="checkbox"/> CBFβ/MYH11 (inv(16)) <input type="checkbox"/> FLT-3-ITD <input type="checkbox"/> FLT3-TKD (Exon 20) <input type="checkbox"/> NPM1 (Exon 11) <input type="checkbox"/> CKIT (Exon 8,17) <input type="checkbox"/> GATA 1 (Exon 2) <input type="checkbox"/> NRAS (Exon 2,3) <input type="checkbox"/> WT1 (Exon 7,9)
ALL Erwachsene	PCR Quantitative PCR Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> BCR/ABL (t(9;22)) <input type="checkbox"/> BCR/ABL (t(9;22)) <input type="checkbox"/> Imatinib Resistenz
ALL (Kinder, Jugendliche)	PCR	<input type="checkbox"/> BCR/ABL (t(9;22)) <input type="checkbox"/> MLL/AF4 (t(4;11)) <input type="checkbox"/> TEL/AML1 (t(12;21))
B-CLL	Klonalitätsanalyse ( <i>vorzugsweise im peripheren Blut</i> ) ggf. IgVH Mutationsstatus	<input type="checkbox"/> IgH Rearrangement
MPS: Typ: ET, PV, OMF	Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> JAK2 V617F
Mastozytose	Mutationsnachweis ( <i>vorzugsweise im Knochenmark</i> )	<input type="checkbox"/> CKIT (Exon 17)
<b>Lymphome :</b> Mantelzelllymphom, etc.	PCR	<input type="checkbox"/> CCND1/IgH (t(11 ;14))
follikuläres Lymphom	PCR	<input type="checkbox"/> BCL2/IgH (t(14 ;18))
<b>Erbliche Erkrankungen :</b> Erbliches Mamma- und Ovarialkarzinom	Mutationsnachweis Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> BRCA1, BRCA2 <input type="checkbox"/> BRCA3 (RAD51C)
Li-Fraumeni-Syndrom	Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> TP53
Erblicher Brust- und Magenkrebs	Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> CDH1
Erblicher Darmkrebs	Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> MSH2, MSH6, MLH1
Cowden-Syndrom	Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> PTEN
Morbus Wilson	Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> ATP7B
Familiäres MDS	Mutationsnachweis Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> Runx1/AML1 <input type="checkbox"/> CEBPα Mutationsnachweis
Prädiktive Testung <input type="checkbox"/> bekannte Mutation _____ betroffenes Gen _____		