

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

Barcode
Arztstempel und Unterschrift
 <small>Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-13168-01-00</small>

**Versichertenstatus**

**Kasse:**  
 stationär  
 VDEK-Vertrag       § 116

**Privat:**  
 ambulant       stationär

**Humangenetik, OE 6300**  
**Prof.in Dr. med. Brigitte Schlegelberger**  
**Carl-Neuberg-Str. 1**  
**30625 Hannover**  
[www.mh-hannover.de/humangenetik.html](http://www.mh-hannover.de/humangenetik.html)

**Hämatookogenetik: Auftrag zur molekulargenetischen und zytogenetischen Untersuchung**

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

**Material:**

Heparin-Knochenmark     EDTA-Knochenmark     Knochenmark-Ausrichre x \_\_\_\_\_ Datum der Materialentnahme: \_\_\_\_\_  
 Heparin-Blut                 EDTA-Blut                 Blut-Ausrichre x \_\_\_\_\_     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:**

männlich       weiblich

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

**Eine Kopie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.**

Ort/Datum      Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

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

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, IKFZ1, 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

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen unter folgenden Telefonnummern zur Verfügung: 0511-532-4517/4527

## 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 negativ
- Mutationsanalyse (seltene Mutationen)
  - ASXL1, CBL, CSF3R, DNMT3A, EZH2, IDH1, IDH2, SRSF2, TET2

### Polycythemia Vera (PV)

- Chromosomenanalyse
- FISH
- Mutationsanalyse (häufige Mutationen)
  - 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: \_\_\_\_\_