

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

Ambulanzzentrum der **MHH** GmbH

Barcode Humangenetik

Versicherungsstatus

Kasse:

ambulant

Arztstempel und Unterschrift

Ambulanzzentrum der MHH GmbH, angestellte Ärzte:
 Prof.in Dr. med. B. Schlegelberger, Fachbereichsleitung
 Prof.in Dr. med. G. Göhring, Dr. med. S. Morlot,
 Dr. med. B. Auber, Dr. med. T. Ripperger, Dr. med. C. Scholz

Fachbereich Humangenetik, OE 6300
 Prof. Dr. med. Brigitte Schlegelberger
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover
www.mh-hannover.de/humangenetik.html



Hämatonkogenetik: Auftrag zur molekulargenetischen und zytogenetischen Untersuchung

Materialannahme: Montag – Freitag 8 – 16 Uhr, Samstag 8 – 12 Uhr (bei Rückfragen: Tel. Nr. 0511-532-3114)
 Untersuchungsmaterial: Chromosomenanalyse: Heparin-Knochenmark, Heparin-Blut
 Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung: Heparin-Knochenmark, Heparin-Blut, ggf. ungefärbte Knochenmark- und Blutausstriche
 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-Ausstriche x _____ Datum der Materialentnahme: _____
 Heparin-Blut EDTA-Blut Blut-Ausstriche 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:

- Verdacht auf gesichert AML CML männlich weiblich
 Erstdiagnose Verlauf Rezidiv MDS ET / OMF
 Vorbefund: _____ B-ALL Plasmozytom / MM
 Laufende Therapie: _____ B-CLL T-ALL
 Transplantation geschlechtsdifferent Lymphom andere: _____

Gewünschte Diagnostik bitte auf der folgenden Seite ankreuzen!

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

Ort/Datum Name in Druckschrift und Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes

Ort/Datum Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

Ambulanzzentrum der MHH GmbH
 Geschäftsführer: Dr. med. Karen Deegener, Dipl.-Kfm. Kaspar Stubendorff, Dr. med. Andreas Tecklenburg, Ärztlicher Leiter: Prof. Dr. med. H.-H. Kreipe
 Bank für Sozialwirtschaft, IBAN DE41 2512 0510 0009 4960 00, SWIFT/BIC BFSWDE33HAN
 Sitz der Gesellschaft: Hannover, Amtsgericht Hannover HRB 202179, USt-IdNr: DE256712359

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

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, FBXW7, IDH1, IDH2, MYD88, 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: _____