



INSTITUT FÜR
IMMUNOLOGIE
UND GENETIK

IIG HUMANGENETIK KAISERSLAUTERN

Tel.: +49 (0)631 / 31 67 0 - 0

IIG HUMANGENETIK LUDWIGSHAFEN

Tel.: +49 (0)621 / 550 066 - 60

IIG HUMANGENETIK BIRKENFELD

Tel.: +49 (0)631 / 31 67 0 - 0

Institut für Immunologie und Genetik

Pfaffplatz 10 | 67655 Kaiserslautern

IMD HUMANGENETIK BAD HOMBURG

Tel.: +49 (0)611 / 33 31 - 37

IMD HUMANGENETIK WIESBADEN

Tel.: +49 (0)611 / 33 31 - 37

IMD Humangenetik

Carl-Bosch-Str. 2 | 65203 Wiesbaden

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. Kostenübernahmeverklärung**
- **Probenmaterial mit Patientennamen und Geburtsdatum beschriften:**
 - **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: _____

<p>Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____</p> <p>KARYOGRAMM</p> <p><input type="checkbox"/> Mikroskopische Bänderungsanalyse</p> <p>B-NHL/CLL</p> <p><input type="checkbox"/> Karyogramm - Komplexer Karyotyp (B-CLL)</p> <p><input type="checkbox"/> MG - TP53</p> <p><input type="checkbox"/> MG - IGHV (Klonalität, Hypermutationsstatus (CLL))</p> <p><input type="checkbox"/> FISH - Panel B-CLL</p> <p><input type="checkbox"/> MG - Genanalyse B-CLL (ggf. bei Therapieindikation) (TP53, BIRC3, NOTCH1, SF3B1)</p> <p><input type="checkbox"/> FISH - Panel Non-Hodgkin-Lymphom (B-NHL)</p> <p><input type="checkbox"/> MG - Spezifische Mutationsanalyse - Lymphom-Panel (inkl. BRAF, MYD88, NRAS, SF3B1, MYC)</p> <p>Multiples Myelom (MM) / Plasmozytom</p> <p><input type="checkbox"/> FISH - Panel MM</p> <p><input type="checkbox"/> MG - spezifische Mutationsanalyse MM-Panel (BRAF, NRAS, KRAS)</p> <p>M. Waldenström</p> <p><input type="checkbox"/> FISH - Panel M. Waldenström</p> <p><input type="checkbox"/> MG - Genanalyse (CXCR4, MYD88)</p> <p>Burkitt-Lymphom</p> <p><input type="checkbox"/> FISH - Panel Burkitt-Lymphom</p> <p>DLBCL</p> <p><input type="checkbox"/> FISH - Panel DLBCL</p> <p>Follikuläres Lymphom</p> <p><input type="checkbox"/> FISH - Panel Follikuläres Lymphom (inkl. t(14;18))</p> <p><input type="checkbox"/> PCR - t(14;18) IGH::BCL2</p> <p><input type="checkbox"/> Genpanel (inkl. ARID1A, BCL2, CARD11, CREBBP, EP300, EZH2, TP53)</p> <p>Mantelzell-Lymphom</p> <p><input type="checkbox"/> FISH - Panel Mantelzelllymphom (inkl. t(11;14))</p> <p><input type="checkbox"/> PCR - t(11;14) CCND1::IGH</p> <p><input type="checkbox"/> MCL - Genpanel (inkl. TP53, ATM, CDKN2A, CARD11, BTK, TET2, NOTCH2)</p> <p>Marginalzonen-Lymphom</p> <p><input type="checkbox"/> FISH - Panel Marginalzonenlymphom</p> <p><input type="checkbox"/> MZL - Genpanel (inkl. CD274, MYD88, KMT2D, NOTCH1/2, TP53, FBXW7, TET2)</p> <p>Haarzell-Leukämie</p> <p><input type="checkbox"/> FISH - Panel Haarzellleukämie</p> <p><input type="checkbox"/> MG - BRAF V600E</p> <p>T-Zelllymphom</p> <p><input type="checkbox"/> FISH - Panel T-Zelllymphom</p> <p><input type="checkbox"/> T-NHL Genpanel (inkl. JAK3, PTEN, STAT3, TP53)</p>	<p>MPN/CML</p> <p><input type="checkbox"/> Karyogramm - (KM Kontrolle, Diagnose)</p> <p><input type="checkbox"/> FISH - Zytogenetische Hochrisiko Veränderungen</p> <p><input type="checkbox"/> t(9;22) BCR::ABL1 (qualitativ, diagnostisch)</p> <p><input type="checkbox"/> t(9;22) BCR::ABL1 (quantitativ, Therapie-Monitoring)</p> <p><input type="checkbox"/> abl1 Sequenzierung (TKI Resistenz bzw. Therapieversagen)</p> <p><input type="checkbox"/> atypische CML - Genpanel (inkl. SETBP1, ETNK1, TP53)</p> <p>MPN</p> <p><input type="checkbox"/> Karyogramm (PMF, CMML, CML)</p> <p><input type="checkbox"/> Charakteristische chromosomale Veränderungen FISH (Diagnostik/Risikostratifizierung)</p> <p><input type="checkbox"/> MG - Diagnostik - JAK2, CALR, MPL</p> <p><input type="checkbox"/> MG - Diagnostik - spezifische Mutationsanalyse (inkl. CBL, IDH1, IDH2, SRSF2, SF3B1, U2AF1)</p> <p><input type="checkbox"/> MG - Diagnostik – Genpanel (inkl. TP53, RUNX1, ASXL1)</p> <p><input type="checkbox"/> Polyglobulie, V.a. PV (JAK2 Exon 12 -14)</p> <p><input type="checkbox"/> PV - JAK2 V617F Allelfrequenz - Verlaufskontrolle</p> <p>MPN - Eosinophilie (Ausschlussdiagnostik z.B. bei CMML)</p> <p><input type="checkbox"/> Charakteristische chromosomale Rearrangements FISH - PDGFRα und β, FGFR1, JAK2, FLT3, ETV6</p> <p>MPN - CMML</p> <p><input type="checkbox"/> Zytogenetik</p> <p><input type="checkbox"/> MG - Genanalyse (TP53, RUNX1, ASXL1, TET2)</p> <p>MDS</p> <p><input type="checkbox"/> Chromosomale Aberrationen (Karyogramm und FISH)</p> <p><input type="checkbox"/> MG - Diagnostik - spezifische Mutationsanalyse (inkl. SF3B1, SRSF2, SETBP1, IDH1/2, U2AF1)</p> <p><input type="checkbox"/> MG - Diagnostik – Genpanel (entspr. IPSS-M Score)</p> <p>AML</p> <p><input type="checkbox"/> Klassifikation/Risikostratifizierung zur Therapieplanung Karyogramm, FISH-Panel, Molekulargenetik (entspr. ELN-Guidelines)</p> <p>ALL</p> <p><input type="checkbox"/> t(9;22) BCR::ABL1 (qualitativ, diagnostisch)</p> <p><input type="checkbox"/> ALL assoziierte Translokationen - PCR PCR - t(1;19) PBX1::E2A, t(4;11) AF4::MLL</p> <p>Molekulargenetische Untersuchung (diagnose-übergreifend)</p> <p><input type="checkbox"/> MG - Pan Myelo/Lympho Genpanel (u.a. ASXL1, DNMT3A, EZH2, IDH1/2, JAK2, MYD88, NRAS, NOTCH1, RUNX1, SF3B1, SRSF2, STAG2, TP53)</p> <p>Sonstige Untersuchungen (Einwilligungserklärung erforderlich)</p> <p><input type="checkbox"/> 5-FU Toxizitätsscreening (gemäß DGHO Positionsstatement)</p> <p><input type="checkbox"/> Morbus Meulengracht/ Irinotecan-Tox (UGT1A1*28 und *6)</p> <p><input type="checkbox"/> β-Thalassämie</p> <p><input type="checkbox"/> Sichelzellanämie</p>
--	---

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. Angesichts der besonderen Schutzwürdigkeit genetischer Daten erfolgt keine Übermittlung der genetischen Befunde in die elektronische Patientenakte.

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: _____