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 GbR
BAG Dres. Thiele / Kahlert / Heinemann
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 <u>Onkologische Diagnostik</u>

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:**

Proben für die onkologische Diagnostik bitte senden an:
Institut für Immunologie und Genetik GbR, Pfaffplatz 10, 67655 Kaiserslautern

Bitte stellen Sie für die Versendung folgende Dokumente und Proben zusammen:

- **Untersuchungsanforderung**
- **Überweisungsschein Nr. 10 (für Kassenpatienten), ggf. Kostenübernahmeerklärung**
- **Probenmaterial mit Patientennamen und Geburtsdatum beschriftet:**
  - **Karyogramm und FISH: mind. 5ml Heparin-Blut bzw. 3ml Heparin-Knochenmark**
  - **Molekulargenetik: <u>2x</u> 3ml EDTA-Blut bzw. 3ml EDTA-Knochenmark**
- **Einwilligungserklärung des Patienten gemäß GenDG (nur für Analysen unter der Rubrik „Sonstige Untersuchungen“ erforderlich)**

Bitte beachten Sie das Dokument „Informationen für Einsender“ unter https://immungenetik-kl.de/downloads/

Patientenname: _____ **Geburtsdatum:** _____

KARYOGRAMM

☐ Mikroskopische Bänderungsanalyse

B-NHL/CLL

☐ Karyogramm - Komplexer Karyotyp (B-CLL)

☐ MG - TP53

☐ MG - IGHV (Klonalität, Hypermutationsstatus (CLL))

☐ FISH - Panel B-CLL

☐ MG - Genanalyse B-CLL (ggf. bei Therapieindikation) (TP53, BIRC3, NOTCH1, SF3B1)

☐ FISH - Panel Non-Hodgkin-Lymphom (B-NHL)

☐ MG - Spezifische Mutationsanalyse - Lymphom-Panel (inkl. BRAF, MYD88, NRAS, SF3B1, MYC)

Multiples Myelom (MM) / Plasmozytom

☐ FISH - Panel MM

☐ MG - spezifische Mutationsanalyse MM-Panel (BRAF, NRAS, KRAS)

M. Waldenström

☐ FISH - Panel M. Waldenström

☐ MG - Genanalyse (CXCR4, MYD88)

Burkitt-Lymphom

☐ FISH - Panel Burkitt-Lymphom

DLBCL

☐ FISH - Panel DLBCL

Follikuläres Lymphom

☐ FISH - Panel Follikuläres Lymphom (inkl. t(14;18))

☐ PCR - t(14;18) IGH::BCL2

☐ Genpanel (inkl. ARID1A, BCL2, CARD11, CREBBP, EP300, EZH2, TP53)

Mantelzell-Lymphom

☐ FISH - Panel Mantelzelllymphom (inkl. t(11;14))

☐ PCR - t(11;14) CCND1::IGH

☐ MCL - Genpanel (inkl. TP53, ATM, CDKN2A, CARD11, BTK, TET2, NOTCH2)

Marginalzonen-Lymphom

☐ FISH - Panel Marginalzonenlymphom

☐ MZL - Genpanel (inkl. CD274, MYD88, KMT2D, NOTCH1/2, TP53, FBXW7, TET2)

Haarzell-Leukämie

☐ FISH - Panel Haarzellleukämie

☐ MG – BRAF V600E

T-Zelllymphom

☐ FISH - Panel T-Zelllymphom

☐ T-NHL Genpanel (inkl. JAK3, PTEN, STAT3, TP53)

MPN/CML

☐ Karyogramm - (KM Kontrolle, Diagnose)

☐ FISH - Zytogenetische Hochrisiko Veränderungen

☐ t(9;22) BCR::ABL1 (qualitativ, diagnostisch)

☐ t(9;22) BCR::ABL1 (quantitativ, Therapie-Monitoring)

☐ abl1 Sequenzierung (TKI Resistenz bzw. Therapieversagen)

☐ atypische CML - Genpanel (inkl. SETBP1, ETNK1, TP53)

MPN

☐ Karyogramm (PMF, CMML, CML)

☐ Charakteristische chromosomale Veränderungen FISH (Diagnostik/Risikostratifizierung)

☐ MG - Diagnostik - JAK2, CALR, MPL

☐ MG - Diagnostik - spezifische Mutationsanalyse (inkl. CBL, IDH1, IDH2, SRSF2, SF3B1, U2AF1)

☐ MG - Diagnostik – Genpanel (inkl. TP53, RUNX1, ASXL1)

☐ Polyglobulie, V.a. PV (JAK2 Exon 12 -14)

☐ PV - JAK2 V617F Allelfrequenz - Verlaufskontrolle

MPN - Eosinophilie (Ausschlussdiagnostik z.B. bei CMML)

☐ Charakteristische chromosomale Rearrangements FISH - PDGFRα und β, FGFR1, JAK2, FLT3, ETV6

MPN - CMML

☐ Zytogenetik

☐ MG - Genanalyse (TP53, RUNX1, ASXL1, TET2, SRSF2)

MDS

☐ Chromosomale Aberrationen (Karyogramm und FISH)

☐ MG - Diagnostik - spezifische Mutationsanalyse (inkl. SF3B1, SRSF2, SETBP1, IDH1/2, U2AF1)

☐ MG - Diagnostik – Genpanel (entspr. IPSS-M Score)

AML

☐ Klassifikation/Risikostratifizierung zur Therapieplanung Karyogramm, FISH-Panel, Molekulargenetik (entspr. ELN-Guidelines)

☐ MG- spezifische Mutationsanalyse (FLT3, IDH1/2, KIT, NPM1)

ALL

☐ t(9;22) BCR::ABL1 (qualitativ, diagnostisch)

Molekulargenetische Untersuchung (diagnose-übergreifend)

☐ MG - Pan Myelo/Lympho Genpanel (u.a. ASXL1, DNMT3A, EZH2, IDH1/2, JAK2, MYD88, NRAS, NOTCH1, RUNX1, SF3B1, SRSF2, STAG2, TP53)

Sonstige Untersuchungen (Einwilligungserklärung erforderlich)

☐ 5-FU Toxizitätsscreening (gemäß DGHO Positionspapier)

☐ Morbus Meulengracht/ Irinotecan-Tox (UGT1A1*28 und *6)

☐ ß-Thalassämie

☐ Sichelzellanämie

Anforderung von einzelnen bzw. speziellen Analysen:

INSTITUT FÜR IMMUNOLOGIE UND GENETIK

Institut für Immunologie und Genetik GbR | Pfaffplatz 10 | 67655 Kaiserslautern
BAG Dres. Thiele / Kahlert / Heinemann

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

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

IMD HUMANGENETIK BAD HOMBURG
Tel.: +49 (0)611 / 33 31 - 37

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.	O ja	O nein
Möglichkeit des Einsatzes verbleibenden Probenmaterials in anonymisierter Form für Qualitätssicherung, Methodenentwicklung und Forschungszwecke.	O ja	O nein
Mitteilung eventueller Zusatzbefunde, sofern diese medizinisch bedeutsam sind.	O ja	O nein
Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus, ohne dass hierauf Anspruch erhoben wird.	O ja	O nein
Möglichkeit der Heranziehung der Ergebnisse zur genetischen Beratung von Mitgliedern meiner Familie.	O ja	O nein

Zusendung der Untersuchungsergebnisse an den zuweisenden Arzt,

sowie durch diesen an: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift (Patient, gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift des beratenden Arztes: _____