

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

Versichertenstatus:

Kasse:

**Ambulant (bitte Überweisungsschein
Muster 10 mit Diagnose & Auftrag)**

Barcode Humangenetik

Arztstempel

Ambulanzzentrum der MHH GmbH
Angestelltes ärztliches Personal:
Dr. med. B. Auber (kommissarische Fachbereichsleitung)
und Kolleginnen und Kollegen

Ambulanzzentrum der MHH GmbH
Fachbereich Humangenetik
OE 6300
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover



Untersuchungsauftrag genetische Diagnostik hämatologischer Neoplasien

Materialannahme:

Montag bis Freitag (8 bis 16 Uhr), Samstag (8 bis 12 Uhr), bei Rückfragen: 0511 532 3114

Untersuchungsmaterial:

Chromosomenanalyse: Heparin-Knochenmark, Heparin-Blut; **Telomerlängenmessung:** EDTA-Knochenmark, EDTA-Blut

Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung: Heparin-Knochenmark, Heparin-Blut, ggf. ungefärbte Knochenmark- und Blutausstriche

Mutationsanalysen, PCR: EDTA-Knochenmark, EDTA-Blut

Versand:

möglichst mittels GO! Express innerhalb von 24h (Tel. Nr. 0511 – 515184100; Kundennummer:176036)

Material:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heparin-Knochenmark | <input type="checkbox"/> EDTA-Knochenmark | <input type="checkbox"/> Knochenmark-Ausstriche x _____ | <input type="checkbox"/> anderes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heparin-Blut | <input type="checkbox"/> EDTA-Blut | <input type="checkbox"/> Blut-Ausstriche x _____ | |

Datum der Materialentnahme: _____

Untersuchung:

- | | | | |
|--|-------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse | <input type="checkbox"/> FISH | <input type="checkbox"/> Molekulargenetik | <input type="checkbox"/> Telomerlängenmessung |
| <input type="checkbox"/> und/oder (Stufen-) Diagnostik nach Leitlinien / Empfehlungen der Fachgesellschaften | | | |

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:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verdacht auf | <input type="checkbox"/> gesichert | Myeloisch: | Lymphatisch: |
| <input type="checkbox"/> Erstdiagnose | | <input type="checkbox"/> AML | <input type="checkbox"/> B-ALL |
| <input type="checkbox"/> Verlauf | <input type="checkbox"/> Rezidiv | <input type="checkbox"/> MDS | <input type="checkbox"/> T-ALL |
| <input type="checkbox"/> Vorbefund: _____ | | <input type="checkbox"/> AA / CMML | <input type="checkbox"/> CLL |
| <input type="checkbox"/> laufende Therapie: _____ | | <input type="checkbox"/> CML | <input type="checkbox"/> Lymphom |
| <input type="checkbox"/> Transplantation | <input type="checkbox"/> geschlechtsdifferent | <input type="checkbox"/> PV/ ET / PMF | <input type="checkbox"/> MM / Plasmozytom |
| | | <input type="checkbox"/> andere: _____ | <input type="checkbox"/> andere: _____ |

Differential-Blutbild:

Leukozyten: _____/µl	Myeloblasten: _____%	Blasten: _____%	Monozyten: _____%
Hämoglobin: _____g/dl	Promyelozyten: _____%	Eosinophile: _____%	Basophile: _____%
Thrombozyten: _____/µl	Myelozyten: _____%	Stabkernige: _____%	
	Lymphozyten: _____%	Segmentkernige: _____%	

Einverständniserklärung

(**Einwilligungserklärung nach Gendiagnostikgesetz:** Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz - GenDG) vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2529, 3672))

Einverständnis des Patienten/der Patientin/des (gesetzl.) Vertreters zur zytogenetischen und/oder molekulargenetischen Analyse und zur Aufbewahrung des Untersuchungsmaterials (gem. GenDG):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich nach erfolgter Aufklärung 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. Die Aufbewahrung der relevanten Daten/Untersuchungsergebnisse müssen nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit sie ggf. meinen Angehörigen für spätere Untersuchungen zur Verfügung stehen. Nach Abschluss der Untersuchungen überlasse ich überschüssiges Probenmaterial zur Ergebniskontrolle, Qualitätssicherung, ggf. für neue Diagnostikmöglichkeiten, Lehre und zu wissenschaftlichen Zwecken. Mit der Aufbewahrung und Verwendung von überschüssigem Probenmaterial und dessen Bestandteilen in der Biobank der MHH, Datenweitergabe (ggf. zusammen mit wissenschaftlichen Kooperationspartnern) sowie Publikation von Ergebnissen in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form im Rahmen von Forschungsprojekten bin ich einverstanden. Ich möchte klinisch relevante Forschungsergebnisse, die aus weiterführenden Analysen ggf. resultieren, mitgeteilt bekommen. Meine Krankenunterlagen/Tumorgewebe und ggf. weitere Untersuchungen dürfen durch Mitarbeiter_innen der MHH bzw. Ambulanzzentrum der MHH GmbH (MVZ) angefordert werden. Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle (ohne Bekanntgabe des Untersuchungsergebnisses) weitergeleitet werden.*

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Gegebenenfalls bestätigt die laut GenDG verantwortliche ärztliche Person mit ihrer Unterschrift, dass ihr die Einverständniserklärung vorliegt.

X	X
Datum, Ort	Unterschrift Patient/in / ggf. gesetzlicher Vertreter

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

* Die rechtliche Grundlage für die Datenverarbeitung findet sich in der Datenschutz-Grundordnung (DSGVO) in Artikel 15 bis 18 sowie 20 bis 21. Sie können im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben Auskunft über die von Ihnen gespeicherten Daten verlangen. Ebenso können Sie eine Berichtigung falscher Daten, eine Übertragung der von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten sowie eine Löschung der Daten oder Einschränkung ihrer Verarbeitung verlangen. Für die Ausübung dieser Rechte können Sie sich schriftlich an die folgende datenerhebende Stelle wenden: Dr. Bernd Auber (Datenverantwortlicher), Fachbereich Humangenetik, Ambulanzzentrum der MHH GmbH, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover.

Bei Anliegen zur Datenverarbeitung und zur Einhaltung des Datenschutzes können Sie sich auch schriftlich an den Datenschutzbeauftragten der Ambulanzzentrum der MHH GmbH wenden: Datenschutzbeauftragte/r, Medizinische Hochschule Hannover, OE 0007, Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover.

Weiterhin haben Sie das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift der für die Ambulanzzentrum der MHH GmbH zuständigen Aufsichtsbehörde lautet: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover.

Untersuchungsauftrag zytogenetische/molekulargenetische Analysen für myeloische Neoplasien:

Akute myeloische Leukämie (AML)

<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse (Prognose- und Therapie-Panel): <i>ASXL1, CEBPA, CKIT, DNMT3A, FLT3, IDH1, IDH2, KRAS, NPM1, NRAS, RUNX1, TET2, TP53</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse und FISH
<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse (Erweitertes-Panel): <i>ASXL2, BCOR, BRAF, CBL, CDKN2A, CUX1, ETV6, EZH2, GATA1, GATA2, GNAS, IKZF1, NF1, PHF6, PTPN11, RAD21, SF3B1, SMC1A, SMC3, SF3B1, SRSF2, STAG2, U2AF1, WT1, ZRSR2</i>	<input type="checkbox"/> Nachweis von Fusionsgenen molekulargenetisch (PCR) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>AML1-ETO</i> t(8;21) (qualitativ) <input type="checkbox"/> <i>PML-RARA</i> t(15;17) (qualitativ) <input type="checkbox"/> <i>CBFB-MYH11</i> inv(16) (qualitativ)
<input type="checkbox"/> Nachweis von Fusionsgenen molekulargenetisch (RNA-Panel-Sequenzierung)	

Myelodysplastisches Syndrom (MDS)

<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse (Prognose-Panel): <i>ASXL1, BCOR, CBL, DNMT3A, EZH2, IDH1, IDH2, NRAS, RUNX1, SF3B1, SRSF2, STAG2, TET2, TP53, U2AF1, ZRSR2</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse und FISH
<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse (Erweitertes-Panel): <i>BCORL1, BRAF, CEBBPA, CKIT, ETV6, GATA2, GNAS, JAK2, KRAS, NPM1, PHF6, PRPF8, PTEN, PTPN11, RAD21, SETBP1, WT1</i>	

Sekundäre/s AML/MDS

<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <i>ASXL1, BCOR, ETV6, EZH2, PHF6, RUNX1, SF3B1, SRSF2, STAG2, TP53, U2AF1, ZRSR2</i>	
---	--

Kindliches MDS/AML

<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <i>ANKRD26, ASXL1, ASXL2, BCOR, BCORL1, BRAF, CBL, CDKN2A, CEBPA, CKIT, CUX1, DDX41, DNMT3A, ETV6, EZH2, FLT3, GATA1, GATA2, GNAS, IDH1, IDH2, IKZF1, JAK2, KRAS, NF1, NPM1, NRAS, PHF6, PIGA, PRPF8, PTEN, PTPN11, RAD21, RUNX1, SAMD9, SAMD9L, SETBP1, SF3B1, SMC1A, SMC3, SRSF2, STAG2, TET2, TP53, U2AF1, WT1, ZRSR2</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse und FISH
---	--

Aplastische Anämie (AA)

<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <i>BCOR, BCORL1, PIGA</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse und FISH
--	--

Chronisch myelomonozytäre Leukämie (CMML)

<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <i>ASXL1, CBL, DNMT3A, EZH2, FLT3, IDH1, IDH2, JAK2, KRAS, NF1, NRAS, PHF6, PTPN11, RUNX1, SETBP1, SF3B1, SRSF2, TET2, TP53, U2AF1, ZRSR2</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse und FISH
---	--

Chronisch myeloische Leukämie (CML)

<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <i>BCR-ABL1</i> -Mutation bei TKI-Resistenz <input type="checkbox"/> Mutationsanalyse bei atypischer CML (aCML): <i>ASXL1, CBL, CSF3R, ETNK1, KRAS, NRAS, SETBP1, SRSF2, TET2</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse und FISH <input type="checkbox"/> Nachweis von Fusionsgenen molekulargenetisch <input type="checkbox"/> <i>BCR-ABL1</i> t(9;22) (quantitativ)
--	---

Polyzythämie vera (PV)/ Essentielle Thrombozythämie (ET)/ Primäre Myelofibrose (PMF)

<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse <i>JAK2</i> V617F <input type="checkbox"/> Mutationsanalyse (Prognose-Panel): <i>ASXL1, CBL, CALR, EZH2, IDH2, HRAS, JAK2, KRAS, MPL, NRAS, SF3B1, SRSF2, TP53, U2AF1</i> <input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <i>CALR, JAK2, MPL</i> <input type="checkbox"/> Mutationsanalyse (Prognose- und Erweitertes-Panel): <i>ASXL1, CALR, CBL, CEBPA, CKIT, DNMT3A, EZH2, HRAS, IDH1, IDH2, IKZF1, JAK2, KRAS, MPL, NRAS, RUNX1, SF3B1, SH2B3, SRSF2, TET2, TP53, U2AF1</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse und FISH <input type="checkbox"/> Nachweis von Fusionsgenen molekulargenetisch <input type="checkbox"/> <i>BCR-ABL1</i> t(9;22) (quantitativ)
--	---

Chronische Neutrophilenleukämie (CNL)

<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <i>ASXL1, CALR, CBL, CSF3R, JAK2, NRAS, SETBP1, SRSF2, TET2, U2AF1</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse und FISH <input type="checkbox"/> Nachweis von Fusionsgenen molekulargenetisch: <i>BCR-ABL1</i> t(9;22); z.A.
--	--

Myeloische und lymphatische Neoplasie mit Eosinophilie

<input type="checkbox"/> Nachweis von Fusionsgenen molekulargenetisch (RNA-Panel-Sequenzierung): <i>JAK2, FGFR1, PDGFRA, PDGFRB</i> <input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <i>ASXL1, CKIT, DNMT3A, JAK2, SRSF2, STAT5B, TET2</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse und FISH
--	--

Mastozytose

<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <i>ASXL1, CBL, CKIT, EZH2, NRAS, RUNX1, SRSF2, TET2</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse
--	---

Familiäre Leukämien

<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse (bei (V.a.) familiäre Leukämien): <i>ANKRD26, CEBPA, DDX41, ETV6, GATA2, RUNX1, SAMD9, SAMD9L, TP53</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse
--	---

Telomerlängenverkürzung

<input type="checkbox"/> FlowFISH <input type="checkbox"/> TelomerPCR	
--	--

Untersuchungsauftrag zytogenetische/molekulargenetische Analysen für lymphatische Neoplasien:

Akute lymphatische Leukämie (ALL), B-Zell-Reihe	
<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <input type="checkbox"/> <i>ABL1</i> -Kinasedomäne bei TKI-Resistenz (BCR-ABL1 pos ALL) <input type="checkbox"/> <i>FLT3, IKZF1, IIR7, JAK1, JAK2, KRAS, NF1, NRAS, PAX5, RB1, TP53</i> <input type="checkbox"/> molekulargenetischer Nachweis von bekannten Fusionsgenen <input type="checkbox"/> <i>BCR-ABL1</i> t(9;22) (qualitativ und quantitativ) <input type="checkbox"/> <i>ETV6-RUNX1</i> t(12;21) (qualitativ) <input type="checkbox"/> <i>KMT2A-AF4</i> t(4;11) (qualitativ) <input type="checkbox"/> Detektion von Fusionstranskripten mittels RNA-Panel-Sequenzierung	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse und FISH <input type="checkbox"/> Standarddiagnostik im Rahmen der AIEOP-BFM-ALL-Studie (Erstdiagnose) zur Feststellung stratifizierungsrelevanter genetischer Aberrationen <input type="checkbox"/> Standarddiagnostik im Rahmen der ALLtogether Studie (Erstdiagnose)
Akute lymphatische Leukämie (ALL), T-Zell-Reihe	
<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <i>DNM2, DNMT3A, EZH2, FBXW7, FLT3, IDH1, IDH2, IL7R, JAK1, NOTCH1, NRAS, PHF6, PTEN, RUNX1, SUZ12</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse und FISH
Chronische lymphatische Leukämie (CLL)	
<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <input type="checkbox"/> <i>BCL2, BTK, PLCG2</i> bei Ibrutinib-Resistenz <input type="checkbox"/> <i>ATM, BIRC3, BRAF, CHD2, DDX3X, EGR2, FBXW7, IGLL5, IKZF3, KRAS, MYD88, NOTCH1, POT1, RPS15, SF3B1, TP53, XPO1</i> <input type="checkbox"/> IgVH-Mutationsstatus	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse und FISH
Non-Hodgkin-Lymphom (NHL)	
<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <input type="checkbox"/> Follikuläres Lymphom (FL): <i>BCL2, CREBBP, CARD11, EP300, EZH2, FOXO1, KMT2D, MEF2B, STAT6, TNFRSF14</i> <input type="checkbox"/> Mantelzell-Lymphom (MCL): <i>ATM, CCND1, KMT2D, CDKN2A, NOTCH2, TP53, UBR5, WHSC1</i> <input type="checkbox"/> Marginalzonenlymphom (MZL): <i>KLF2, KMT2D, NOTCH2, TNFAIP3, TP53, TRAF3</i> <input type="checkbox"/> Diffus-großzelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL): <i>CARD11, CD58, CD79B, CREBBP, EZH2, GNA13, KMT2D, MEF2B, MYD88, PRDM1, PTPN1, SGK1, SOCS1, STAT6, TNFRSF14, TP53</i> <input type="checkbox"/> Burkitt Lymphom (BL): <i>ARID1A, CCND3, ID3, RHOA, SMARCA4, TCF3</i>	<input type="checkbox"/> FISH an Ausstrichpräparaten bei (V.a.) Knochenmarkinfiltration durch ein <input type="checkbox"/> Follikuläres Lymphom (FL) <input type="checkbox"/> Mantelzell-Lymphom (MCL) <input type="checkbox"/> Marginalzonenlymphom (MZL) <input type="checkbox"/> Diffus-großzelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL) <input type="checkbox"/> Burkitt Lymphom (BL) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Wenn möglich bitte (molekular)pathologische Befunde des Lymphknotens mitsenden
Multiples Myelom (MM) / Plasmozytom / Morbus Waldenström	
<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <i>ARID1A, BRAF, CD79B, CXCR4, DIS3, FAM46C, IRF4, KMT2D, KRAS, MYD88, NRAS, STAT3, TP53</i>	<input type="checkbox"/> FISH an CD138-positiven Zellen <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Haarzelleukämie	
<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <i>BRAF, KLF2, MAP2K</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse
Mature T-Zell Neoplasien [z.B. T-PLL, T-LGL, HSTL]	
<input type="checkbox"/> Mutationsanalyse: <i>ATM, EZH2, FOXP1, IL2RG, JAK1, JAK3, SAMHD1, STAT3, STAT5B</i>	<input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse, FISH

Ambulanzzentrum der MHH GmbH

Geschäftsführung: Indra Weltner, M. Sc., 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