

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Geb.-Datum des Versicherten		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
<b>Rechnung</b> Überweisungsschein <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> <small>Bitte Muster 10 zusenden</small> <small>an Patient</small> <small>Rechnung an Klinik</small>		

## Anforderungsbeleg Tumorgenetik

- Hämatologische Neoplasien -

<b>Untersuchungsmaterial</b>			Knochenmark	peripheres Blut	Sonstiges (Aszites, Liquor)	
Datum der Materialentnahme	TT	MM	JJJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leukozytenzahl:			Gpt/l	Hinweise für die Entnahme, die Lagerung und den Transport der Proben finden Sie auf unserer Internetseite <a href="http://www.praxisverbund-humangenetik.de">www.praxisverbund-humangenetik.de</a> unter Probenmaterial.		

Die notwendige Einwilligungserklärung laut Gendiagnostikgesetz finden Sie auf der 2. Seite des Anforderungsbeleges.

### Fragestellung, klinische Diagnose und Symptomatik

Indikation/ Verdachtsdiagnose:

---

Therapie:

Bereits erfolgte genetische Untersuchungen (welche Untersuchung, Ergebnis):

Bitte legen Sie die Ihnen vorliegenden wichtigsten Arztbriefe und Befunde in Kopie bei.

**Einsender** (Stempel und Unterschrift des Arztes)

**Probendokumentation** (Labor)

## Genetische Untersuchungen

### Zytogenetik: Chromosomenanalyse und indikationsspezifisches FISH-Panel

oder Einzelanforderungen

(nur) Chromosomenanalyse

FISH zum Ausschluss von Einzelaberrationen (Auswahl):

BCR/ABL1-Rearrangement (z. B. bei CML oder DD: MPN/MPS)

5q-Deletion (z. B. bei MDS)

TP53-Deletion (z. B. bei CLL)

Sonstige: \_\_\_\_\_

### Molekulargenetik:

#### Akute Myeloische Leukämie (AML)

Basisdiagnostik: ASXL1, CEBPA, FLT3, IDH1, IDH2, NPM1, RUNX1, TP53

ergänzend: BCOR, CUX1, DNMT3A, KIT

#### Akute Lymphatische Leukämie (ALL)

B-ALL: IKZF1, TP53

T-ALL: DNMT3A, KRAS, NRAS, NOTCH1, PHF6, PTEN, RUNX1, TP53

#### Chronische Lymphatische Leukämie (CLL)

Basisdiagnostik: TP53

Mutationsanalyse: IGHV\*

ergänzend: BIRC3, NOTCH1, SF3B1

#### Chronische Myelomonozytäre Leukämie (CMML)

Basisdiagnostik: ASXL1, NRAS, RUNX1, SRSF2, TET2, TP53, SETBP1

ergänzend: BCOR, CBL, DNMT3A, EZH2, FLT3, IDH1, IDH2, JAK2, KRAS, NF1, NPM1, SF3B1, U2AF1, ZRSR2

#### Chronische Neutrophilenleukämie (CNL) / aCML

CNL: ASXL1, CBL, CSF3R

aCML: ASXL1, TET2, SRSF2, NRAS, KRAS, SETBP1

#### Eosinophilie (CEL, HES, MPN-Eo)

KIT D816V, JAK2 V617F

#### Essentielle Thrombozythämie (ET)

CALR, JAK2 V617F, MPL

#### Haarzelleukämie / Histiocytose

BRAF V600E

#### Mastozytose

Basisdiagnostik: Stufe 1: KIT D816V

Stufe 2: ASXL1, RUNX1, SRSF2

ergänzend: CBL, DNMT3A, EZH2, JAK2, KRAS, NRAS, TET2, U2AF1

#### Mature B-Zell-Lymphome

ATM, BCOR, BRAF, CXCR4, DNMT3A, EZH2, KRAS, MAP2K1, MYD88, NOTCH1, NRAS, SF3B1, STAT3, TET2, TP53

#### Morbus Waldenström

CXCR4, MYD88

\* Untersuchung in Kooperation mit Laborpartner

#### Myelodysplastisches Syndrom (MDS)

ASXL1, BCOR, DNMT3A, ETV6, EZH2, IDH1, IDH2, KRAS, NRAS, RUNX1, SETBP1, SF3B1, SRSF2, TET2, TP53, U2AF1, ZRSR2

#### Myeloproliferative Neoplasie (MPN)

Basisdiagnostik: CALR, JAK2 V617F, MPL

ergänzend: ASXL1, CBL, CSF3R, DNMT3A, EZH2, IDH1, IDH2, KIT, SF3B1, SRSF2, TET2, TP53, U2AF1

#### Polyzythämia Vera (PV)

JAK2 V617F, JAK2 Exon 12

#### Primäre Myelofibrose (PMF, OMF)

ASXL1, CALR, CBL, CSF3R, DNMT3A, EZH2, IDH1, IDH2, JAK2, KIT, MPL, SF3B1, SRSF2, TET2, TP53, U2AF1

#### Triple-negative MPN

ASXL1, CBL, CSF3R, DNMT3A, EZH2, IDH1, IDH2, KIT, SF3B1, SRSF2, TET2, TP53, U2AF1

#### Weitere Einzelgene (z. B. bei Verlaufskontrolle/MRD):

\_\_\_\_\_

**Hinweise:** Es werden nur Genregionen mit bekannten Mutationen untersucht. „Basisdiagnostik“ umfasst jeweils die laut aktuellen Leitlinien prognostisch, diagnostisch und/oder therapeutisch relevantesten Gene. Den vollständigen Anforderungsbeleg „Molekulargenetik“ unseres Labors finden sie unter [www.praxisverbund-humangenetik.de/fuer-aerzte/anforderungsbelege](http://www.praxisverbund-humangenetik.de/fuer-aerzte/anforderungsbelege).

Name, Vorname des Patienten geb. am

Adresse:

Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik  
Friedrichstraße 38 – 40 · 01067 Dresden

E-Mail: [info@praxisverbund-humangenetik.de](mailto:info@praxisverbund-humangenetik.de)

Tel. Labor: 0351 / 492 78 900 · Fax: 0351 / 492 78 955  
Alle Formulare finden Sie unter: [www.praxisverbund-humangenetik.de](http://www.praxisverbund-humangenetik.de)

## Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bin zu meiner genetischen Fragestellung beraten worden. Ich hatte Gelegenheit, mit meiner/ m beratenden Ärztin/ Arzt über die Aussagekraft sowie die Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung zu sprechen.

Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und mit der Abnahme einer Probe sowie der Durchführung einer genetischen Untersuchung wegen:

\_\_\_\_\_ einverstanden bin.

Bei der genetischen Diagnostik können sich Nebenbefunde ergeben, die nach derzeitigem Kenntnisstand nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Fragestellung zu sehen sind.

### Erklärung zum Umgang mit Untersuchungsmaterial und Untersuchungsergebnissen

Hiermit willige ich ein, dass

- meine Proben zum Zweck einer evtl. Ergebniskontrolle sowie für weiterführende genetische Untersuchungen zur Diagnosefindung maximal 10 Jahre aufbewahrt werden können.
  - die Untersuchungsergebnisse nach Abschluss der Untersuchungen zum Zweck der Nachprüfbarkeit über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus archiviert werden.  
Ein Anspruch auf die Lagerung der Proben und die verlängerte Archivierung der Untersuchungsergebnisse kann nicht erhoben werden.
  - meine Proben zur Verwendung für Qualitätskontrollzwecke in pseudonymisierter Form aufbewahrt werden können.
  - die Untersuchungsergebnisse in pseudonymisierter/ anonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken (z. B. Einträge in medizinischen Datenbanken) genutzt werden können. Nach Anonymisierung können diese Einträge nicht mehr rückverfolgt oder gelöscht werden.
  - der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann, falls die Untersuchung im Labor des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik nicht möglich sein sollte.
  - neben der Ärztin/ dem Arzt des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik die/ der die genetische Analyse veranlasst hat, in Ausnahmefällen jede andere Ärztin/ jeder andere Arzt des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik Einsicht in meine Befunde nehmen und sie mir mitteilen darf.
  - Nebenbefunde, die nicht im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung stehen, mitgeteilt werden dürfen.
- wenn nicht zutreffend bitte streichen —

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO). Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Diese Einwilligungserklärung oder Teile davon können jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Das Untersuchungsergebnis wird dem einsendenden Arzt mitgeteilt.

Für den Fall der Verhinderung der verantwortlichen ärztlichen Person kann es in seltenen Notfallsituationen zusätzlich an folgende Ärzte gesandt werden:

\_\_\_\_\_  
Name, Straße, PLZ/ Ort

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**verantwortliche ärztliche Person** (Namen in Druckschrift, Unterschrift und Stempel)

### Für Patienten mit privater Krankenversicherung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Untersuchung(en) von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten