


Krankenkasse bzw. Kostenträger		MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR Kriegsstr. 99, 76133 Karlsruhe Telefon (07 21) 850000 Fax (07 21) 85000-199	
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am		Probenentnahme Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Datum: _____ Zeit: _____ Körpergröße: _____ [cm] Körpergewicht: _____ [kg] Urinvolumen: _____ [mL] Sammelperiode: _____ [Std]	Materialien HB <input type="checkbox"/> Heparinblut (Karyotyp) HK <input type="checkbox"/> Heparin-Knochenmark (Karyotyp) EB <input type="checkbox"/> EDTA-Blut EK <input type="checkbox"/> EDTA-Knochenmark HB <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut Ma <input type="checkbox"/> Abortgewebe Ma <input type="checkbox"/> Hautstanze Bi <input type="checkbox"/> Biopsie
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
<input type="checkbox"/> Privat amb. <input type="checkbox"/> Kostenträger <input type="checkbox"/> Ambulante Patienten <input type="checkbox"/> Privat stat. Krankenhaus Überweisungsschein genügt		<input type="checkbox"/> Gutachten / <input type="checkbox"/> BG-Patient Aktenzeichen BG-Anschrift angeben	

Klinische Fragestellung: 	<Titel> <Name> <Abteilung> <Station> <Krankenhaus> <ORT> Tel.: <tel>
---	--

4 b Zytogenetik - Molekularzytogenetik - Tumorzytogenetik

Leukämien, Lymphome, FISH			Mat Chromosomenanalysen
Mat Akute lymphatische Leukämie EK <input type="checkbox"/> BCR-ABL-Genfusion t(9;22)(q34;q11) HK <input type="checkbox"/> IGH-MYC-Genfusion t(8;14)(q24;q32) HK <input type="checkbox"/> TCF3-PBX1-Genfusion t(1;19)(q23;p13.3)	Mat Myelodysplastisches Syndrom HK <input type="checkbox"/> Deletion 5q31-q34 HK <input type="checkbox"/> Deletion 7q31/Monosomie 7 HK <input type="checkbox"/> Deletion 12p13 HK <input type="checkbox"/> Deletion 17p13.1 HK <input type="checkbox"/> Deletion 20q12 HK <input type="checkbox"/> Trisomie 8 HK <input type="checkbox"/> Trisomie 19 HK <input type="checkbox"/> Y-Verlust	Mat Non Hodgkin Lymphom HK <input type="checkbox"/> IGH-Rearrangements HK <input type="checkbox"/> IGH-CCND1-Genfusion t(11;14)(q13;q32) HK <input type="checkbox"/> IGH-FGFR3-Genfusion t(4;14)(p16.3;q32) HK <input type="checkbox"/> IGH-BCL2-Genfusion t(14;18)(q32;q21) HK <input type="checkbox"/> IGH-MYC-Genfusion t(8;14)(q24;q32) HK <input type="checkbox"/> Deletion 11q22.3 HK <input type="checkbox"/> Deletion 13q14.3 HK <input type="checkbox"/> Deletion 17p13.1 HK <input type="checkbox"/> Trisomie 12	Einwilligungserklärung siehe Rückseite! Bi <input type="checkbox"/> Anlegen einer Fibroblastenkultur HB <input type="checkbox"/> Karyotypisierung HK <input type="checkbox"/> Karyotypisierung
Mat Chron. lymphatische Leukämie HK <input type="checkbox"/> IGH-Rearrangements HK <input type="checkbox"/> IGH-MYC-Genfusion t(8;14)(q24;q32) HK <input type="checkbox"/> IGH-CCND1-Genfusion t(11;14)(q13;q32) HK <input type="checkbox"/> IGH-BCL2-Genfusion t(14;18)(q32;q21) HK <input type="checkbox"/> Deletion 11q22.3 HK <input type="checkbox"/> Deletion 13q14.3 HK <input type="checkbox"/> Deletion 17p13.1 HK <input type="checkbox"/> Trisomie 12	Mat Myeloproliferative Erkrankungen HK <input type="checkbox"/> Trisomie 8 HK <input type="checkbox"/> Trisomie 9 HK <input type="checkbox"/> Deletion 20q12	Mat Immunphänotypisierungen EB <input type="checkbox"/> B-, T-, Th/Ts-, NK-Zelldifferenzierung EB <input type="checkbox"/> PNH (paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie) EB <input type="checkbox"/> EMA-Test (Hereditäre Sphärozytose) EB <input type="checkbox"/> Leukozytenimmunphänotypisierung	Mat Postnatale Schnellteste Einwilligungserklärung siehe Rückseite! HB <input type="checkbox"/> Trisomie 21, Down-Syndrom HB <input type="checkbox"/> Trisomie 13, Patau-Syndrom HB <input type="checkbox"/> Trisomie 18, Edwards-Syndrom HB <input type="checkbox"/> Geschlechtsbestimmung HB <input type="checkbox"/> Turner-Syndrom HB <input type="checkbox"/> Triple X-Syndrom HB <input type="checkbox"/> Klinefelter-Syndrom HB <input type="checkbox"/> YY-Syndrom
Mat Akute myeloische Leukämie HK <input type="checkbox"/> PML-RARA-Genfusion t(15;17)(q22;q21) HK <input type="checkbox"/> RUNX1T1-RUNX1-Genfusion t(8;21)(q21.3;q22) EK <input type="checkbox"/> BCR-ABL-Genfusion t(9;22)(q34;q11) HK <input type="checkbox"/> Deletion 5q31-q34 HK <input type="checkbox"/> Deletion 7q31/ Monosomie 7 HK <input type="checkbox"/> Deletion 17p13.1 HK <input type="checkbox"/> Deletion 20q12 HK <input type="checkbox"/> Trisomie 8 HK <input type="checkbox"/> Trisomie 11 HK <input type="checkbox"/> Trisomie 13	Mat Multiples Myelom HK <input type="checkbox"/> IGH-Rearrangements HK <input type="checkbox"/> IGH-FGFR3-Genfusion t(4;14)(4p16.3;14q32) HK <input type="checkbox"/> IGH-CCND1-Genfusion t(11;14)(q13;q32) HK <input type="checkbox"/> Deletion 12p13 HK <input type="checkbox"/> Deletion 13q14.3 HK <input type="checkbox"/> Deletion 17p13.1 HK <input type="checkbox"/> Trisomie 5 HK <input type="checkbox"/> Trisomie 9 HK <input type="checkbox"/> Trisomie 11 HK <input type="checkbox"/> Trisomie 15 HK <input type="checkbox"/> Zugewinn 1q	Mat Molekulargenetik EB <input type="checkbox"/> JAK2-Mutation, V617F EB <input type="checkbox"/> JAK2-Mutation, K539L EB <input type="checkbox"/> BCR-ABL Genfusion quant.	Mat Mikrodeletionssyndrome Einwilligungserklärung siehe Rückseite! HB <input type="checkbox"/> Fluoreszenz-in-situ-Hybr. Deletion 15q11-q13 HB <input type="checkbox"/> Cri-du-chat-Syndrom Deletion 5p15.2 HB <input type="checkbox"/> DiGeorge-Syndrom Deletion 22q11.2 HB <input type="checkbox"/> Miller-Dieker-Syndrom Deletion 17p13.3 HB <input type="checkbox"/> Prader-Willi-Syndrom Deletion 15q11-q13 HB <input type="checkbox"/> Rubinstein-Taybi-Syndrom Deletion 16p13.3 HB <input type="checkbox"/> Smith-Magenis-Syndrom Deletion 17p11.2 HB <input type="checkbox"/> Williams-Beuren-Syndrom Deletion 7q11.23 HB <input type="checkbox"/> Wolf-Hirschhorn-Syndrom Deletion 4p16.3
	Mat Chronisch myeloische Leukämie EK <input type="checkbox"/> BCR-ABL-Genfusion t(9;22)(q34;q11) HK <input type="checkbox"/> Isochromosom 17q HK <input type="checkbox"/> Trisomie 8 HK <input type="checkbox"/> Trisomie 19	<input type="checkbox"/> zusätzliche Anforderungen _____ _____ _____	 0001 0278 11 Zytogenetik, Molekularzytogenetik, Tumorzytogenetik - Seite 1

Einwilligungserklärung für genetische Untersuchungen nach §§ 8 und 9 Gendiagnostikgesetz

- ja nein Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.
- ja Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.
- ja nein Ich bin einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z. B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.
- ja nein Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.
- ja nein Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen kann, dass ich von der Mitteilung der Untersuchungsergebnisse Abstand nehmen kann (Recht auf Nichtwissen), dass ich das eingeleitete Untersuchungsverfahren jederzeit stoppen oder die Vernichtung des Untersuchungsmaterials sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse verlangen kann.
- ja nein Ich bin damit einverstanden, dass Befunde der Analysen auch an weitere Ärzte/Personen geschickt werden.
- ja nein Mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und Befundberichte über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus bin ich einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter) _____



0001 0619 05