

Krankenkasse bzw. Kostenträger		MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR Gerwigstr. 67, 76131 Karlsruhe Telefon (07 21) 850000 Fax (07 21) 85000-199	Tagesnummer (bitte frei lassen)	
Name, Vorname des Versicherten			Probenentnahme Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Datum: _____ Zeit: _____ Körpergröße: _____ [cm] Körpergewicht: _____ [kg] Urinvolumen: _____ [mL] Sammelperiode: _____ [Std]	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	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	
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:		Dringend erforderlich: => Befundanschrift, Telefon- u. Faxnummer		Absender (Stempel)
4 b Zytogenetik - Molekularzytogenetik - Tumorzytogenetik				

Leukämien, Lymphome, FISH

Mat Akute lymphatische Leukämie

- HK IGH::MYC-Genfusion/Translokation t(8;14)
- HK KMT2A-Rearrangement (11q23/
KMT2A::ELL-Fusion/Translokation t(11;19)

Mat Chron. lymphatische Leukämie

- HK Deletion 6q21
- HK Deletion 11q22 (ATM)
- HK Deletion 13q14
- HK Deletion 17p13
- HK Trisomie 12

Mat Akute myeloische Leukämie

- HK PML::RARA-Fusion/ Translokation t(15;17)
- HK RUNX1::RUNX1T1-Fusion/
Translokation t(8;21)
- HK MECOM-Rearrangement 3q26 (EVI)
- HK Deletion 5q/Monosomie 5
- HK Deletion 7q/Monosomie 7
- HK Deletion 17p13/Isochromosom 17q
- HK Trisomie 8
- HK KMT2A-Rearrangement (11q23/
KMT2A::ELL-Fusion/Translokation t(11;19)

Mat Myelodysplastische Neoplasie

- HK MECOM-Rearrangement 3q26 (EVI)
- HK Deletion 5q/Monosomie 5
- HK Deletion 7q/Monosomie 7
- HK Deletion 11q23
- HK Deletion 12p13/ETV6-Rearrangement
- HK Deletion 17p13/Isochromosom 17q
- HK Deletion 20q12
- HK Trisomie 8
- HK Trisomie 19
- HK Y-Chromosom-Verlust

Mat Myeloproliferative Neoplasien/CMML

- HK MECOM-Rearrangement 3q26 (EVI)
- HK Deletion 5q/Monosomie 5
- HK Deletion 7q/Monosomie 7
- HK Trisomie 8
- HK 11q23-Rearrangement
- HK Deletion 12p13
- HK Deletion 17p13/ Isochromosom 17q
- HK Deletion 20q12
- HK Y-Chromosom-Verlust

Mat Multiples Myelom / MGUS

- HK IGH-Rearrangement
- HK IGH::FGFR3-Genfusion/
Translokation t(4;14)*
- HK IGH::CCND1-Genfusion/
Translokation t(11;14)*
- HK IGH::MAF-Fusion/
Translokation t(14;16)*
- HK 1q21 Zugewinn
- HK Deletion 1p32
- HK Deletion 13q14
- HK Deletion 17p13
- HK Trisomie 5
- HK Trisomie 11
- HK Trisomie 15

* wenn IGH Rearrangement nachgewiesen wurde

Mat Chronisch myeloische Leukämie

- HK MECOM-Rearrangement 3q26 (EVI)
- HK Deletion 11q23
- HK Deletion 17p13/Isochromosom 17q
- HK Deletion 7q/Monosomie 7
- HK Trisomie 8
- HK Trisomie 19

Mat Hypereosinophilie

- HK Deletion 4q12/
FIP1L1::PDGFRA Fusionsgen
- HK PDGFRB-Rearrangement
- HK FGFR1-Rearrangement
- HK Deletion 12p13 (ETV6)

Mat Non Hodgkin Lymphom

- HK IGH-Rearrangement
- HK IGH::CCND1-Genfusion
Translokation t(11;14)*
- HK IGH::BCL2-Genfusion
Translokation t(14;18)*
- HK IGH::MYC-Genfusion
(Translokation t(8;14)
- HK 8q24-Zugewinn
- HK Deletion 6q21
- HK Deletion 7q/Monosomie 7
- HK Deletion 11q22
- HK Deletion 13q14
- HK Deletion 17p13
- HK Trisomie 12

* wenn IGH Rearrangement nachgewiesen wurde

Mat Immunphänotypisierungen

- EB B-,T-,Th/Ts-,NK-Zelldifferenzierung
- EB PNH (paroxysmale nächtliche
Hämoglobinurie)
- EB EMA-Test
(Hereditäre Sphärozytose)
- EB Leukozytenimmunphänotypisierung

Mat Molekulargenetik

- EB JAK2-Mutation, V617F
- EB JAK2-Mutation, K539L
- EB BCR::ABL Genfusion quant.
- EB MPL-Mutation W515
- EB CALR-Mutation
- EB MYD88-Mutation
- EB TP35-Mutation

zusätzliche Anforderungen

Mat Chromosomenanalysen

Einwilligungserklärung siehe Rückseite!

- HB Karyotypisierung
- HK Karyotypisierung

Mat Postnatale Schnelltests, FISH

Einwilligungserklärung siehe Rückseite!

- HB Trisomie 21, Down-Syndrom
- HB Trisomie 13, Patau-Syndrom
- HB Trisomie 18, Edwards-Syndrom
- HB Geschlechtsbestimmung
- HB Turner-Syndrom
- HB Triple X-Syndrom
- HB Klinefelter-Syndrom
- HB YY-Syndrom

Mat Mikrodeletionssyndrome, FISH

Einwilligungserklärung siehe Rückseite!

- HB Cri-du-chat-Syndrom
Deletion 5p15.2
- HB Miller-Dieker-Syndrom
Deletion 17p13.3
- HB Smith-Magenis-Syndrom
Deletion 17p11.2
- HB Williams-Beuren-Syndrom
Deletion 7q11.23
- HB Wolf-Hirschhorn-Syndrom
Deletion 4p16.3

Mat Molekulargenetik

Einwilligungserklärung siehe Rückseite!

- EB DiGeorge-Syndrom
Deletion 22q11.2
- EB Prader-Willi-/Angelman-Syndrom
Deletion 15q11-q13



0001 1047 03
Zytogenetik, Molekularzytogenetik,
Tumorzytogenetik - Seite 1

Bitte deutlich mit Kugelschreiber markieren

weitere Informationen: <http://www.laborvolkmann.de>

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