

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



Medizinische Hochschule Hannover

Rechnungsart

Kasse

- stationär
 ambulant (bitte Überweisungsschein)

Privat

- stationär
 ambulant

Rechnungsempfänger

- Einsender Patient/in

Barcode

Arztstempel und Unterschrift

Duplikatsbefund an

Untersuchungsantrag (Materialannahme: Montag – Freitag 8 – 16 Uhr, Samstag 8 – 12 Uhr)

Bemerkungen (z.B. Diagnose// Verdachtsdiagnose, Fragestellung)

Ambulanzzentrum der MHH GmbH
Institut für Humangenetik
 Direktorin Prof. Dr. med. Brigitte Schlegelberger
 Fachärztin für Humangenetik

Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover
 www.mhh.de/zellpathologie.html



Gewünschte Untersuchung

- Diagnostik Forschung Studie _____

Zytogenetik Tel.: 532-4515/4516, FAX: 532-4521

- Chromosomenanalyse ggf. FISH
 nur Chromosomenanalyse
 nur FISH
 24-Farben-FISH
 Telomerlängenmessung
 Heparin-Knochenmark
 Heparin-Blut
 sonstiges _____

Datum der Probennahme: _____ Uhrzeit: _____

Molekulargenetik Tel.: 532-5096 / 9430 oder 4534

- PCR (s. umseitig) _____
 Mutationsanalyse
 Gen _____
 EDTA-Knochenmark
 EDTA-Blut
 sonstiges _____

Datum der Probennahme: _____ Uhrzeit: _____

Klinische Daten und Indikation

Geschlecht des Patienten weiblich männlich

Diagnose

- | | | | |
|--|--------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verdacht auf | <input type="checkbox"/> AML | <input type="checkbox"/> ET oder OMF | <input type="checkbox"/> PV |
| <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose | <input type="checkbox"/> ALL | <input type="checkbox"/> MDS | <input type="checkbox"/> Plasmozytom / MM |
| <input type="checkbox"/> Erstdiagnose _____ (Datum) | <input type="checkbox"/> B-CLL | <input type="checkbox"/> Lymphom | |
| <input type="checkbox"/> Rezidiv _____ | <input type="checkbox"/> CML | <input type="checkbox"/> Andere Tumorerkrankungen: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Therapiekontrolle | | <input type="checkbox"/> laufende Therapie _____ | |
| <input type="checkbox"/> Vorbefunde _____ | | <input type="checkbox"/> geschlechtsdifferent | |
| <input type="checkbox"/> vorangegangene Therapie _____ (Datum) | | | |
| <input type="checkbox"/> Transplantation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | | | |

Einverständniserklärung gemäß GenDG

Einverständnis des Patienten / der Patientin / des gesetzlichen Vertreters

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten tumorgenetischen Untersuchung, der Archivierung, sowie gegebenenfalls Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (pseudonymisiert). Wir erforschen, wie genetische Veränderungen zur Entwicklung von Leukämien und anderen Krebserkrankungen beitragen. (Auch wenn sich -hoffentlich- herausstellt, dass Sie keine ernsthafte Erkrankung haben, sind die Zellen für uns von Nutzen). Ich bin einverstanden, dass die Befunde über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter _____ Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes _____
 • nicht Zutreffendes bitte streichen

Wir bieten Ihnen folgende molekulargenetischen Analysen an:

Diagnose	Methode	Gen
Leukämien: CML	PCR Quantitative PCR Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> BCR/ABL (t(9;22)) <input type="checkbox"/> BCR/ABL (t(9;22)) <input type="checkbox"/> Imatinib Resistenz
AML (M2) AML (M3) (APL)	PCR PCR PCR Mutationsnachweis Mutationsnachweis Mutationsnachweis Mutationsnachweis Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> AML1/ETO (t(8;21)) <input type="checkbox"/> PML/RARa (t(15;17)) <input type="checkbox"/> CBFβ/MYH11 (inv(16)) <input type="checkbox"/> FLT3-TKD (Exon 20) <input type="checkbox"/> c-KIT (Exon 8,17) <input type="checkbox"/> GATA 1 (Exon 2) <input type="checkbox"/> NPM 1 <input type="checkbox"/> Haemavision <input type="checkbox"/> NRAS (Exon 2,3) <input type="checkbox"/> WT1 (Exon 7,9)
ALL Erwachsene	PCR Quantitative PCR Mutationsnachweis Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> BCR/ABL (t(9;22)) <input type="checkbox"/> BCR/ABL (t(9;22)) <input type="checkbox"/> Haemavision <input type="checkbox"/> Imatinib Resistenz
ALL (Kinder, Jugendliche)	PCR PCR PCR Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> BCR/ABL (t(9;22)) <input type="checkbox"/> MLL/AF4 (t(4;11)) <input type="checkbox"/> TEL/AML1 (t(12;21)) <input type="checkbox"/> Haemavision
B-CLL	Klonalitätsanalyse (<i>vorzugsweise im peripheren Blut</i>) ggf. IgVH Mutationsstatus Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> IgH Rearrangement <input type="checkbox"/> TP53
CMPE:		<input type="checkbox"/> BCR/ABL (t(9 ;22)) <input type="checkbox"/> JAK2 V617F
ET, OMF	Stufendiagnostik	<input type="checkbox"/> CALR Ex9 <input type="checkbox"/> MPL W515
PV	Stufendiagnostik	<input type="checkbox"/> JAK2 V617F <input type="checkbox"/> JAK2 Exon 12
Unspezifische CMPE	Stufendiagnostik	<input type="checkbox"/> BCR/ABL (t(9 ;22)) <input type="checkbox"/> CALR Ex9 <input type="checkbox"/> JAK2 V617F <input type="checkbox"/> MPL W515 <input type="checkbox"/> JAK2 Exon 12
Mastozytose	Mutationsnachweis (<i>vorzugsweise im Knochenmark</i>)	<input type="checkbox"/> c-KIT (Exon 17)
Erbliche Erkrankungen : Erbliches Mamma- und Ovarialkarzinom	Mutationsnachweis Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> BRCA1, BRCA2 <input type="checkbox"/> BRCA3 (RAD51C)
Li-Fraumeni-Syndrom	Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> TP53
Erblicher Brust- und Magenkrebs	Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> CDH1
Lynch-Syndrom (HNPCC)	Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> MSH2, MSH6, MLH1, PMS2
Familiäre adenomatöse Polyposis	Mutationsnachweis Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> APC <input type="checkbox"/> MUTYH
Cowden-Syndrom	Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> PTEN
Morbus Wilson	Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> ATP7B
Familiäres MDS	Mutationsnachweis Mutationsnachweis Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> Runx1/AML1 <input type="checkbox"/> CEBPα <input type="checkbox"/> GATA 2
Tuberöse Sklerose	Mutationsnachweis Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> TSC1 <input type="checkbox"/> TSC2
Multiple endokrine Neoplasie	Mutationsnachweis Mutationsnachweis	<input type="checkbox"/> MEN1 <input type="checkbox"/> RET
Prädiktive Testung <input type="checkbox"/>	bekannte Mutation _____	betroffenes Gen _____