



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Institut für Humangenetik
Im Neuenheimer Feld 366
69120 Heidelberg

Prof. Dr. med. Christian Schaaf
Ärztlicher Direktor

Labor für Cytogenetische Diagnostik
Dr. med. K. Burau, M.Sc.: Tel.: 06221-56-39571

Labor für Molekular-Cytogenetische Diagnostik
Prof. Dr. sc. hum. A. Jauch: Tel.: 06221-56-5407

Allgemeine Auskünfte: Befundsekretariat
Tel: 06221-56-36879 / Fax: 06221-56-5091
E-mail: humangen.diagnostik@med.uni-heidelberg.de



Anforderungsschein: Leukämien und Lymphoproliferative Erkrankungen

Anbei Material von: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Name: Vorname: Geb.: Adresse:	Einsender: Klinik / Station / Ambulanz / Arzt (Stempel) Tel.: Fax:
--	--

Kostenübernahme: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kasse ambulant Ü-Schein!	<input type="checkbox"/> Kasse stationär	<input type="checkbox"/> Privat ambulanz	<input type="checkbox"/> Privat stationär	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
--	---	---	---	--	---------------------------------------

Für Selbstzahler/Kassenpatienten ohne Ü-Schein:
 Mir ist bewusst, dass ich für die anfallenden Kosten selbst aufkommen muss und ich erkläre mich ausdrücklich bereit die anfallenden Kosten zu bezahlen. Datum: _____ Unterschrift: _____

Angaben zum Patienten:	
Klinische Angaben (Diagnose, evt. Vorbefunde) <input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> Verlauf <input type="checkbox"/> TPL Spender: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> CML <input type="checkbox"/> B-ALL <input type="checkbox"/> T- ALL <input type="checkbox"/> AML M___ <input type="checkbox"/> MPS <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> MM / (AL-A) <input type="checkbox"/> CLL <input type="checkbox"/> unklar
	<u>Bei Cytogenetik / FISH bitte unbedingt angeben:</u> Blut/KM: Leukozyten: _____ /µl Vorstufen: _____ % Knochenmark: Infiltration: _____ % <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. Aspirat

Angaben zum Material: Entnahme am:

<input type="checkbox"/> Klassische Cytogenetik (Chromosomenanalyse)	<input type="checkbox"/> Peripheres Blut (<i>NH₄-Heparin, 10 ml</i>) <input type="checkbox"/> Knochenmark-Aspirat (<i>NH₄-Heparin 3-4 ml</i>) <input type="checkbox"/> Leukapheresat
--	--

<input type="checkbox"/> FISH (Fluoreszenz in-situ Hybridisierung) Bitte Anforderung auf Seite 2 spezifizieren (für Fluoreszenz in-situ Hybridisierung ist <u>zusätzliches</u> Material erforderlich)	<input type="checkbox"/> Peripheres Blut (<i>NH₄-Heparin, 10 ml</i>) <input type="checkbox"/> Knochenmark-Aspirat (<i>NH₄-Heparin 3-4 ml</i>)
---	--

Material bitte ungekühlt per Express: Labor für Cytogenetische Diagnostik oder Molekular-Cytogenetische FISH-Diagnostik Institut für Humangenetik Im Neuenheimer Feld 366 69120 Heidelberg	<u>FISH-Diagnostik bei Plasmazellerkrankungen nur für Uniklinik Heidelberg interne Einsender:</u> Multiples Myelom, AL-Amyloidose, Plasmozytom, MGUS: <input type="checkbox"/> Knochenmark-Aspirat (<i>≥ 20 ml NH₄-Heparin</i>)
---	--

Name (Druckbuchstaben)..... Tel.-Nr: der/s verantwortlichen Ärztin/Arzt	 Datum und Unterschrift der/s Ärztin/Arzt
---	---

Fluoreszenz in-situ Hybridisierung**Einzusendendes Material siehe Seite 1****Chronisch Lymphatische Leukämie (CLL)**

- Panel komplett:
Deletionen: 6q21, 11q22.3, 13q14.3, 17p13
Zugewinne: 8q24, 12q13
- 14q32 (*IgH*) Rearrangement (bei Verdacht auf Lymphom)

Chronisch Myeloische Leukämie (CML)

- Translokation t(9;22)(q34;q11) (*BCR-ABL1*)
- Trisomie 8

MPS / Eosinophilie

- 4q12 *CHIC2* Deletion: *FIP1L1-PDGFR* Fusion
- 5q32q33 (*PDGFRB*) Rearrangements
- 8p11 (*FGFR1*) Rearrangements
- Translokation t(8;9)(p22;p24)
- (*JAK2-PCM1*)9p24 (*JAK2*) Rearrangements

Myelodysplastisches Syndrom (MDS)

- Panel komplett: Deletionen: 4q24 (*TET2*), 5/5q, 7/7q, 20q12, 12p13, 17p13, Y-Verlust
Trisomie 8
3q26 (*MECOM*) Rearrangements
21q22 (*RUNX1*) Rearrangements

FISH-Diagnostik bei Plasmazellerkrankungen nur für Uniklinik Heidelberg interne Einsender:**Multiples Myelom (MM) /AL-Amyloidose (AL-A) (nur KM-Aspirat (≥ 20 ml, NH₄-Heparin), keine Ausstriche)**

- Panel komplett: Deletionen: 8p21, 13q14, 17p13
Zugewinne: 1q21, 5p/5q, 9q34, 11q22, 15q22, 19q13
8q24 (*cMYC*) Rearrangements
14q32 (*IgH*) Rearrangements: *IgH* breakapart, t(4;14)(p16;q32), t(11;14)(q13;q32), t(14;16)(q32;q23)
optional weitere *IgH* Translokationssonden: t(6;14)(p21;q32), t(8;14)(q24;q32), t(14;20)(q32;q12)

Akute Myeloische Leukämie (AML)

- AML-ED Panel:**
Deletion 5/5q, Deletion 7/7q, Deletion 17p13, t(8;21), t(9;22), t(15;17), 11q23 (*KMT2A*) Rearrangement, 16q22 (*CBFB*) Rearrangement
- Translokation t(9;22)(q34;q11) (*BCR-ABL1*)
- Translokation t(8;21)(q21;q22) (*RUNX1T1-RUNX1*)
- Translokation t(15;17)(q24;q21) (*PML-RARA*)
- Translokation t(9;11)(p21.3;q23) (*MLL3-KMT2A*)
- Translokation t(4;11)(q21-22.3;q23) (*AFF1-KMT2A*)
- 11q23 (*KMT2A*) Rearrangements
- 12p13 (*ETV6*) Rearrangements
- 21q22 (*RUNX1*) Rearrangements
- Trisomie 8
- Deletion 4q24 (*TET2*)
- Deletion 5/5q
- Deletion 7/7q
- Deletion 17p13 (*TP53*)
- Deletion 20q
- 3q26 (*MECOM*) Rearrangements inv(3q26) und t(3;?)
- 16q22 (*CBFB*) Inversion inv(16) und t(16;16)

Akute Lymphatische Leukämie (ALL)

- 3q27 (*BCL6*) Rearrangements
- 8q24 (*cMYC*) Rearrangements
- 11q23 (*KMT2A*) Rearrangements
- 12p13 (*ETV6*) Rearrangements
- 18q21 (*BCL2*) Rearrangements
- 21q22 (*RUNX1*) Rearrangements
- Translokation t(9;22)(q34;q11.2) (*BCR-ABL1*)
- Translokation t(12;21)(p13;q22) (*ETV6-RUNX1*)
- Translokation t(9;11)(p21.3;q23) (*MLL3-KMT2A*)
- Translokation t(4;11)(q21-22.3;q23) (*AFF1-KMT2A*)
- Translokation t(8;14)(q24;q32)(*cMYC-IgH*)
- Deletion 9p21 (*CDKN2A*)

Non-Hodgkin Lymphome (NHL)

- 3q27 (*BCL6*) Rearrangements
- 18q21 (*BCL2*) Rearrangements
- 19q13.3 (*BCL3*) Rearrangements
- 8q24 (*cMYC*) Rearrangements
- 14q32.13-q32.2 (*TCL1*) Rearrangements (T-Zell Lymphom)
- Translokation t(11;14)(*CCND1-IgH*) (Mantelzell-Lymphom)
- Translokation t(8;14)(q24;q32)(*cMYC-IgH*) (Burkitt Lymphom)
- Translokation t(14;18)(q32;q21)(*IgH-BCL2*) (Follikuläres Lymphom)

- Sonstige FISH-Analysen nach Rücksprache (A. Jauch)**

Sonstige genetische Untersuchungsdiagnostik:

siehe Anforderungsscheine „Cytogenetik und Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH) Diagnostik“ oder „Molekulargenetik“

Nur für Privatpatienten

Kostenübernahmeerklärung

Mir ist bewusst, dass ich für alle anfallenden Kosten selbst aufkommen muss und ich erkläre mich ausdrücklich bereit, diese zu begleichen. Sollte ich bei Einreichung der Rechnung bei meiner privaten Krankenversicherung/Krankenkasse einen Teil der Kosten nicht erstattet bekommen, erkläre ich mich ausdrücklich bereit, die Restkosten im vollen Umfang selbst zu bezahlen.

Information und Einverständnis zur gemeinsamen Abrechnung nach GOÄ durch die Firma unimed

Ich bin informiert und einverstanden, dass die Liquidation privat- bzw. wahlärztlicher Leistungen und Laborleistungen des Institutes für Humangenetik der Universitätsklinikums Heidelberg durch das externe Abrechnungsunternehmen unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17 - 19, 66687 Wadern, kurz unimed erfolgt.

Einverständnis zur Datenweitergabe an die Firma unimed

Weiterhin gebe ich die freiwillige und jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass das Universitätsklinikum Heidelberg bzw. die liquidationsberechtigten Ärzte die erforderlichen patientenbezogenen persönlichen Behandlungsdaten an dieses Unternehmen ausschließlich zur Rechnungsstellung weitergeben dürfen. Insofern entbinde ich das Universitätsklinikum Heidelberg bzw. die zur Liquidation berechtigten Ärzten ausdrücklich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Die Mitarbeiter von unimed sind zur Vertraulichkeit im Umgang mit Ihren Daten verpflichtet und unterliegen (auch nach Beendigung ihres Beschäftigungsverhältnisses) der Verschwiegenheitspflicht nach §203 StGB. Ansonsten wird auf die Informationen gemäß Artikel 13 und 14 der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) hingewiesen.

Name der Patienten in Druckbuchstaben

Geburtsdatum

Name des Hauptversichernehmers

Geburtsdatum

Ort

Datum

Unterschrift des/der Patienten/Patientin bzw.
Unterschrift des/der Hauptversichernehmers