



**Molekulare Leukämie-Diagnostik \*****Einzusendendes Material siehe Seite 1****RT-PCR (semi-quantitativ)**
 CML       ALL       AML M\_\_\_\_  MPS
Bitte gewünschte **Bruchpunktbestimmung(en)** in Abhängigkeit vom klinischen Kontext auswählen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>BCR-ABL</i> : t(9;22) (CML/ALL)  | <input type="checkbox"/> <i>MLL-ENL</i> : t(11;19)) (ALL/AML)               |
| <input type="checkbox"/> <i>AF4-MLL</i> : t(4;11) (ALL, AML) | <input type="checkbox"/> <i>ETO-AML</i> : t(8;21) (AML)                     |
| <input type="checkbox"/> <i>AF6-MLL</i> : t(6;11) (ALL, AML) | <input type="checkbox"/> <i>PML-Rara</i> : t(15;17) (AML)                   |
| <input type="checkbox"/> <i>AF9-MLL</i> : t(9;11) (ALL, AML) | <input type="checkbox"/> <i>MYH11-CBF<math>\beta</math></i> : inv(16) (AML) |

Ggf. gewünschten **Mutationsnachweis** auswählen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Jak2</i> V617F (MPS) | <input type="checkbox"/> <i>Jak2 Exon 12 Mutation</i> (nur bei V617F neg. MPS) |
|--|--|

**Quantitative RT-PCR** (Verlaufskontrolle bei CML/ALL)

- 
- BCR-ABL*
- : t(9;22) (Geringere Sensitivität als die semi-quantitative PCR, bitte Semi-quant. PCR ebenfalls ankreuzen)

**Nachweis von klonalen B-/T-Zell Populationen** (Southern Blot) (5 ml EDTA Blut)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>IgH</i>                   | <input type="checkbox"/> <i>TCR<math>\beta</math></i>  | <input type="checkbox"/> <i>TCR<math>\gamma</math></i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Ig<math>\kappa</math></i> | <input type="checkbox"/> <i>TCR<math>\delta</math></i> |  |

**Asservierung**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>DNA</b> (5ml EDTA Blut) | <input type="checkbox"/> <b>RNA</b> (10 ml EDTA Blut) |
|---|---|

## Nur für Privatpatienten

### Einverständniserklärung des Patienten zur gemeinsamen Abrechnung nach GOÄ

Ich bin einverstanden mit der Weitergabe von personenbezogenen Gesundheitsdaten (Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Diagnosen und erbrachte Leistungen) zum Zwecke der gemeinsamen Abrechnung privat- bzw. wahlärztlicher Leistungen und Laborleistungen an die unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefarzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17 - 19, 66687 Wadern, kurz unimed, sowie der dortigen Verarbeitung und Speicherung.

unimed ist berechtigt, die Forderung im eigenen Namen geltend zu machen und einzuziehen, registrierte Rechtsdienstleister mit der Geltendmachung überfälliger Forderungen zu beauftragen sowie Bonitätsauskünfte bei Auskunfteien einzuholen.

Ich erteile meine Einwilligung freiwillig und bin darüber informiert, dass eine Behandlung nicht von der Erteilung abhängig ist. Die Einwilligung erspart dem Universitätsklinikum Heidelberg erheblichen Mehraufwand bei der Abrechnung erbrachter Leistungen. Die dadurch freiwerdenden Kapazitäten helfen das Leistungsangebot des Klinikums zu verbessern.

Mit Erteilung der Einwilligung in die Datenweitergabe entbinde ich die Mitarbeiter des Universitätsklinikums Heidelberg gegenüber unimed ausdrücklich von ihrer 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. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter [www.unimed.de](http://www.unimed.de)

Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Nach erteiltem Widerruf dürfen die Daten von unimed nicht weiterverarbeitet werden.

Ich bestätige, die Information zur Datenverarbeitung erhalten zu haben und stimme der Weitergabe meiner Daten an die unimed GmbH zu.

Heidelberg, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift des/der Betroffenen (bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben