



AUFTRAG ZUR

HUMANGENETISCHEN DIAGNOSTIK AN TUMORGEWEBE

PATIENTENDATEN (GGF. AUFKLEBER)

 Krankenkasse oder Kostenträger

 Name, Vorname

Geschlecht
 weiblich
 männlich
 divers

 Straße, Nr.

 PLZ Ort

 (Referenz / Aktenzeichen)

EINSENDER

 Ansprechpartner (Druckschrift) Telefon

 Praxis/Klinikstempel mit Befundadresse

 Datum Unterschrift

INTERNE BEARBEITUNGS-NR. (LABORINTERN):

INTERNE QUERVERWEISE (LABORINTERN):

EILT:

(z.B. Therapierelevant)

ABRECHNUNGSINFORMATIONEN ¹

- Gesetzliche Krankenversicherung, ambulant extern (bitte Laborüberweisungsschein Nr. 10 beifügen)
- Gesetzliche Krankenversicherung, Hochschulambulanz UK Ulm (bitte Überweisungsschein Nr. 6 beifügen)
- Rechnung an einsendende(n/s) Arzt/Praxis/Klinikum
- Privatversichert, Rechnung an Patient (bitte Rechnungsadresse beifügen)
- Interne Leistungsverrechnung Universitätsklinikum Ulm
- Abrechnung nach § 116b SGB V

¹ Bei fehlender Angabe wird die Rechnung an den Einsender gestellt. Gleiches gilt für den Fall, dass eine Abrechnung aufgrund falscher Angaben nicht möglich ist.

PROBENMATERIAL

- peripheres Blut (heparinisiert: 5ml, bei Neugeborenen: 1-2ml) Entnahmedatum: _____
- Knochenmark (heparinisiert: 1-2 ml) Entnahmedatum: _____
- Tumorgewebe (Nativ, in 0,9 NaCl steril) Entnahmedatum: _____ Menge: _____
- Tumorgewebe (Kryomaterial) Entnahmedatum: _____ Menge: _____
- Tumorgewebe (FFPE Block) Entnahmedatum: _____ Menge: _____
- Tumorgewebe Leerschnitte (Kryomaterial) Entnahmedatum: _____ Menge: _____
- Tumorgewebe Leerschnitte (FFPE) Entnahmedatum: _____ Menge: _____
- Zelllinie (bitte um tel. Voranmeldung): _____ Entnahmedatum: _____ Medium: _____
- Anderes: _____ Entnahmedatum: _____

Bitte beachten sie auch das [Handbuch zur Primärprobenentnahme](#) auf unserer Website.

INDIKATION/DIAGNOSTISCHE FRAGESTELLUNG

PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG: FISH-BASIERTE ANALYSE BEI LEUKÄMIEN UND LYMPHOMEN

- Burkitt-Lymphom (BL) [z.B. MYC (8q24)/IGH (14q32)-Fusion, IGK (2p11.2)/MYC (8q24)-Fusion, MYC (8q24)/IGL (22q11)-Fusion, MYC BAP (8q24), ggf. BCL2 BAP (18q21), BCL6 BAP (3q27)]
- Variante Translokationen bei Burkitt-Lymphom [z.B. IGK (2p11.2)/MYC (8q24)-Fusion, MYC (8q24)/IGL (22q11)-Fusion]
- MYC-negatives Burkitt-like Lymphom (z.B. 11q-Aberration)
- Mantelzell-Lymphom (MCL) [z.B. CCND1 (11q13)/IGH (14q32)-Fusion, ggf. CCND2 BAP (12p13), CCND3 BAP (6p21), TP53 (17p13)]
- Follikuläres Lymphom (FL) [z.B. IGH (14q32)/BCL2 (18q21)-Fusion, BCL6 BAP (3q27), ggf. TP53 (17p13)]
- Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL) [z.B. BCL6 BAP (3q27), MYC (8q24)/IGH (14q32)-Fusion, MYC BAP (8q24), BCL2 BAP (18q21), IGH BAP (14q32), ggf. TP53 (17p13)]
- Marginalzonen-Lymphom (MZL)[z.B. BCL6 BAP (3q27), ELN(7q11)/7q31, IGH BAP (14q32), MALT1 BAP (18q21), DDIT3 (12q13), CDK6 (7q21)]
- Großzelliges anaplastisches Lymphom (ALCL)[z.B. ALK BAP (2p23), ggf. ALK (2p23)/NPM (5q35)-Fusion, ALK (2p23)/CLTC (17q23)-Fusion, ALK (2p23)/AT1C (2q35)-Fusion]
- Hodgkin-Lymphom [z.B. C2TA (16p13), JAK2/PDL2 (9p24), BCL11A/REL (2p13~16)]
- Chronische lymphatische Leukämie (CLL) [z.B. PRDM1 (6q21)/ A20 (6q23), MYC BAP (8q24), ATM (11q22), DDIT3 (12q13), 13q14, IGH BAP (14q32), TP53 (17p13)]
- T-Zell Prolymphozytenleukämie (T-PLL)[z.B. TCRA/D (14q11), TCL1 (14q32), MTCP1 (Xq28)]
- Weitere FISH-Analyse (bitte um telefonische Rücksprache, breites Sondenspektrum verfügbar):

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG: FISH-BASIERTE ANALYSE FÜR SOLIDE TUMORERKRANKUNGEN

- SMARCB1-assoziierter Rhabdoidtumor (Deletion 22q11.2)
- SMARCA4-assoziierter Rhabdoidtumor (Deletion 19p13)
- Weitere FISH-Analyse (bitte um telefonische Rücksprache, breites Sondenspektrum verfügbar):

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG: DNA-BASIERTE VERFAHREN FÜR TUMORERKRANKUNGEN

- OncoScan Analyse
- Panel Mutationsanalyse (bitte zusätzlich molekulargenetischen Einsendeschein ausfüllen)
- Weitere DNA-basierte Analyse (bitte um telefonische Rücksprache, breites Spektrum verfügbar):

Stufendiagnostik gewünscht nein ja (bitte Reihenfolge angeben)

PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG EINER GENETISCHEN UNTERSUCHUNG

Über Zweck, Umfang, Aussagekraft und Tragweite der geplanten genetischen Untersuchung bei

- mir meinem Kind der von mir betreuten Person

Name, Vorname, Geb.-Dat.

sowie über meine gesetzlichen Rechte wurde ich von Herrn/Frau Dr. med. _____
aufgeklärt. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin mit der Abnahme von Probenmaterial (z.B. Blutprobe) und der Diagnostik der unten stehenden Fragestellung(en) / Erkrankung(en) einverstanden.

Fragestellung(en) / Erkrankung(en)

Ich stimme zu, dass nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial sowie die Untersuchungsergebnisse und –unterlagen

- a) in pseudonymisierter Form zur internen Qualitätssicherung, Lehre sowie für wissenschaftliche Zwecke eingesetzt und anonymisiert in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht werden dürfen. ja nein
- b) am Universitätsklinikum Ulm über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus im Rahmen der üblichen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen von bis zu 30 Jahren aufbewahrt werden. ja nein

Andernfalls erfolgt die sofortige Vernichtung des nicht verbrauchten Untersuchungsmaterials nach endgültigem Abschluss der Untersuchung.

Ich möchte über bedeutsame Befunde, die über die oben genannte Fragestellung(en) / Erkrankung(en) hinausgehen (sogenannte Zusatzbefunde), informiert werden. ja nein

Ich stimme zu, dass meine Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergegeben werden dürfen. ja nein

Die Untersuchungsergebnisse dürfen folgenden mitbetreuenden Ärzten mitgeteilt werden:

Name(n)

Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich oder mündlich widerrufen kann, ohne dass mir Nachteile hieraus entstehen. Ich kann jederzeit die komplette oder teilweise Vernichtung der Untersuchungsergebnisse verlangen. Eine weitere genetische Untersuchung erfordert einen erneuten Untersuchungsauftrag und meine erneute Einwilligung.

PATIENTENDATEN

Name:

Vorname:

Geb.-Dat.:

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters

oder Bestätigung des einsendenden Arztes, dass deren/dessen schriftliches Einverständnis vorliegt

Die Einwilligung des o.g. Patienten (bzw. bei Minderjährigen seiner Erziehungsberechtigten) zu den angeforderten Untersuchungen liegt mir vor. Die Einwilligung zur Blut-/Gewebeentnahme, zur Archivierung sowie ggfls. Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (anonym) sowie ggf. zu Weitergabe der Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle liegt mir ebenfalls vor. (Nichtzutreffendes bitte streichen!)

Ort, Datum

Name des einsendenden Arztes

Unterschrift des einsendenden Arztes