



## AUFTRAG ZUR

# HUMANGENETISCHEN DIAGNOSTIK AN TUMORGEWEBE

### PATIENTENDATEN (GGF. AUFKLEBER)

Krankenkasse oder Kostenträger

Name, Vorname

Geb.-Datum

Straße, Nr.

Geschlecht

- weiblich  
 männlich  
 divers

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 <sup>1</sup>

- 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

<sup>1</sup> 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/Objektträger (Kryomaterial) Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ Anzahl: \_\_\_\_\_  
 Tumorgewebe Leerschnitte/Objektträger (FFPE) Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ Anzahl: \_\_\_\_\_  
 Zelllinie (bitte um tel. Voranmeldung): \_\_\_\_\_ Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ Medium: \_\_\_\_\_  
 Anderes: \_\_\_\_\_ Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

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

### INDIKATION/DIAGNOSTISCHE FRAGESTELLUNG

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

### B-Zell Neoplasien

- Burkitt-Lymphome (BL) [MYC (8q24)::IGH (14q32)-Fusion, IGK (2p11.2)::MYC (8q24)-Fusion, MYC (8q24)::IGL (22q11)-Fusion, MYC BAP (8q24), BCL2 BAP (18q21), BCL6 BAP (3q27), LSI 11qBL (11q Aberration)]
- MYC-negative high-grade B-Zell-Lymphome mit 11q Aberration [z.B. 11qBL]
- Diffuse großzellige B-Zell-Lymphome (DLBCL) [ BCL6 BAP (3q27), MYC (8q24)::IGH (14q32)-Fusion, MYC BAP (8q24), IGK (2p11.2)::MYC (8q24)-Fusion, MYC (8q24)::IGL (22q11) Fusion, BCL2 BAP (18q21), IGH BAP (14q32)]
- High-grade B-Zell Lymphome [z.B. MYC (8q24)::IGH (14q32)-Fusion, IGK (2p11.2)::MYC (8q24)-Fusion, MYC (8q24)::IGL (22q11) Fusion, MYC BAP (8q24), BCL2 BAP (18q21), BCL6 BAP (3q27), LSI 11qBL (11q Aberration)]
- Follikuläre Lymphome (FL) [BCL2 BAP (18q21), BCL6 BAP (3q27)]
- ALK-positives großzelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL) [ALK BAP (2p23)]
- Marginalzonen-Lymphome (MZL)[ BCL6 BAP (3q27), ELN(7q11)/7q31, IGH BAP (14q32), DDIT3 (12q13), BCL3 BAP (19q13)]
- Mantelzell-Lymphome (MCL) [CCND1 BAP (11q13), CCND2 BAP (12p13), CCND3 BAP (6p21), TP53]
- Chronische lymphatische Leukämien(CLL) [PRDM1 (6q21)/ A20 (6q23), MYC BAP (8q24), ATM (11q22), DDIT3 (12q13), 13q14, IGH BAP (14q32), TP53 (17p13)]
- Transformationen indolenter B-Zell Neoplasien [MYC BAP (8q24), TP53 (17p13)]

### T-Zell Neoplasien

- Großzelliges anaplastisches Lymphom (ALCL)[ ALK BAP (2p23)]
- T-Zell Prolymphozytenleukämie (T-PLL)[TCRA/D BAP (14q11), TCL1 BAP(14q32), MTCP1 BAP (Xq28)]

## UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG: FISH-BASIERTE ANALYSE FÜR SOLIDE TUMORERKRANKUNGEN

- SMARCB1-assozierte Rhabdoidtumoren bzw. INI1/SMARCB1-negative Tumoren (Deletion 22q11.2)
- SMARCA4-assozierte Rhabdoidtumoren bzw. BRG1-negative Tumoren (Deletion 19p13)

Hinsichtlich weiterer möglicher FISH-Analysen mit nicht akkreditierten Assays bei hämatologischen Tumoren wie Hodgkin-Lymphomen oder primär mediastinalen B-Zell-Lymphomen [z.B. C2TA/16p13, JAK2/PDL2/9p24 BCL11A/REL (2p13~16)]. T-Zell-Lymphomen oder bei soliden Tumoren bitten wir um separate Rücksprache.

## UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG: DNA-BASIERTE VERFAHREN FÜR TUMORERKRANKUNGEN

- OncoScan (Array-)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 für die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren im Rahmen der üblichen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen aufbewahrt werden (wenn „nein“ angekreuzt wird, erfolgt die sofortige Vernichtung des nicht verbrauchten Untersuchungsmaterials nach endgültigem Abschluss der Untersuchung gemäß GenDG). ja  nein
- c) Über die vorgeschriebene gesetzliche Aufbewahrungsfrist hinaus bis zu 30 Jahre aufbewahrt wird (entfällt, wenn unter b) „nein“ angekreuzt wurde). ja  nein

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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Name des einsendenden Arztes Unterschrift des einsendenden Arztes

### 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