

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

Hämato-onkol. Diagnostik

Immunphänotypisierung

Molekulargenetik


Pathologie

Barcode

Einsender

weiblich     männlich     divers/unbestimmt    Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_     eilt / Notfall

Immunphänotypisierung: Tel. 0345.44 50 71 02 / Molekulargenetik: Tel. 0511.30 17 95 185 / Pathologie: Tel. 0345.12 11 00

Klinische Angaben und Fragestellung		Unterschrift/Ärzt*in:	
<b>(Verdachts-)Diagnose/ Symptomatik (ggf. FAB-/WHO-Klassifikation, Krankheitsverlauf/Therapie):</b> <input type="checkbox"/> Erstdiagnose (Datum) <input type="checkbox"/> Verdacht auf <input type="checkbox"/> (V. a.) Rezidiv <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle  Transplantation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    ( <input type="checkbox"/> Spender weiblich / <input type="checkbox"/> Spender männlich )  Chemotherapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    Phase: _____    ggf. Vorbefunde _____		_____ Tel. bei Rückfragen: _____	
Untersuchungsmaterial			
<input type="checkbox"/> Knochenmark [Heparin H, EDTA E] <input type="checkbox"/> Bronchoalveoläre Lavage (BAL) <input type="checkbox"/> Punktionszylinder [Formalin F]		<input type="checkbox"/> Blut [Heparin H, EDTA E, Citrat C] <input type="checkbox"/> Punktat, Liquor, sonstige Materialien: _____	
Anforderung			
Zytologie	Immunphänotypisierung	Hämato-onkologische Molekulargenetik	
<input type="checkbox"/> E-B Differentialblutbild [DBBM] <input type="checkbox"/> E-KM Knochenmarkzytologie [GBBKM, KMBEF] <input type="checkbox"/> E-KM Eisenfärbung [KMFE]	<input type="checkbox"/> E Immunstatus [IS] <input type="checkbox"/> E B-Zellreifungsstatus (CVID-Klass.) [CVID] <input type="checkbox"/> E T-Zellreifungsstatus (naive/memory T-Ly.) [TNAIV] <input type="checkbox"/> E regul. T-Lymphozyten [TREG] <input type="checkbox"/> E CD57 <sup>dim/high</sup> NK-Lymph. [IVF] <input type="checkbox"/> E NK/NKT-Lymphozyten [NKZ56] <input type="checkbox"/> E CD19 <sup>+</sup> CD20 <sup>+</sup> B-Lymph. [BZELL]	<b>Akute myeloische Leukämie (AML)</b> <input type="checkbox"/> E NGS-Panel AML [MYMUT] <input type="checkbox"/> E TP53-Mutationen [P53GMS] <input type="checkbox"/> E NPM1 [NPM1] <input type="checkbox"/> E CEBPA [CEBPA] <input type="checkbox"/> E BCR-ABL1 Screening/Typisierung [PHIL+FISHT] <input type="checkbox"/> E FLT3 (ITD/TKD) [FLT3] <input type="checkbox"/> E KMT2A-PTD [MLLPTD]	
<b>Pathologie</b> <input type="checkbox"/> F Histologie <b>Bitte legen Sie einen Überweisungsschein Muster 10 bei.</b> <b>Hämato-onkologische Zytogenetik</b> <input type="checkbox"/> H Chromosomenanalyse <input type="checkbox"/> H FISH-Analysen <b>siehe auch Extraschein für Zytogenetik/FISH</b> <b>Pharmakogenetische Untersuchung</b> <b>Bitte legen Sie eine Einverständniserklärung zur genetischen Diagnostik bei.</b> <b>Genetisch bedingte 5-FU-Toxizität</b> <input type="checkbox"/> E DPD-Genotyp [DPD2]	<input type="checkbox"/> E B-NHL (CLL, FL, MZL, u. a.) [BNHL] <input type="checkbox"/> E HZL/HZL-V [HCL] <input type="checkbox"/> E Multiples Myelom/ MGUS [MGUS] <input type="checkbox"/> E T-Zell-Neoplasien [TNHL] <input type="checkbox"/> E NK-Zell-Neoplasien [TNHL] <input type="checkbox"/> E Blastenscreen [ALLS] <input type="checkbox"/> E MPN [AML] <input type="checkbox"/> E MDS [AML] <input type="checkbox"/> E Mastozytose [MASTO] <input type="checkbox"/> E AML [AML + ALLS] <input type="checkbox"/> E B-ALL [BALL + ALLS] <input type="checkbox"/> E T-ALL [T-ALL + ALLS] <input type="checkbox"/> E PNH [PNH] <input type="checkbox"/> BAL Lymphozytentyp. + Zytologie [BAL] <input type="checkbox"/> BAL CD1a-Histiozyten [BA1AP]	<b>Akute lymphatische Leukämie der B-Zellreihe (B-ALL)</b> <input type="checkbox"/> E NGS-Panel B-ALL [MYMUT] <input type="checkbox"/> E IG VH-Mutation [IGVH] <input type="checkbox"/> E BCR-ABL1 Screening/Typisierung [PHIL+FISHT] <input type="checkbox"/> E ABL1-Mutationssuche [PHILM]	
<b>Genotypisierung vor Irinotecan-Behandlung</b> <input type="checkbox"/> E UGT1A1-Genotyp [UGTIRI]	<input type="checkbox"/> E Chronische myeloische Leukämie (CML) <input type="checkbox"/> E BCR-ABL1 Screening/Typisierung, qualitativ [PHIL+FISHT] <input type="checkbox"/> E BCR-ABL1 quantitativ [PHILQ] <input type="checkbox"/> E ABL1-Mutationssuche [PHILM]	<b>Akute lymphatische Leukämie der T-Zellreihe (T-ALL)</b> <input type="checkbox"/> E NGS-Panel T-ALL [MYMUT]	
<b>Genotypisierung vor Thiopurin-Behandlung</b> <input type="checkbox"/> E TPMT-Genotyp [TPMT]	<b>Myelodysplastisches Syndrom (MDS)</b> <input type="checkbox"/> E NGS-Panel MDS [MYMUT] <input type="checkbox"/> E TP53-Mutationen [P53GMS] <input type="checkbox"/> E SF3B1 [SF3B1] <input type="checkbox"/> E RUNX1 [RUNX1] <input type="checkbox"/> E ASXL1 [ASXL1] <input type="checkbox"/> E FLT3 (ITD/TKD) [FLT3] <input type="checkbox"/> E KMT2A-PTD [MLLPTD]	<b>Chronische lymphatische Leukämie / kleinzelliges lymphozytisches Lymphom (CLL/SLL)</b> <input type="checkbox"/> E NGS-Panel CLL [MYMUT] <input type="checkbox"/> E TP53-Mutationen [P53GMS] <input type="checkbox"/> E IG VH-Mutation [IGVH]	
<b>Diagnostik bei anderen hereditären Erkrankungen</b> <b>Anforderungsschein unter:</b> <a href="http://www.amedes-genetics.de/">www.amedes-genetics.de/</a>	<b>Myeloproliferative Neoplasien (MPN), DD Myeloische Neoplasien mit Eosinophilie (MLN-Eo), DD Chronische myelomonozytäre Leukämie (CMML), DD Mastozytose mit assoziierter hämatologischer Neoplasie (SM-AHN)</b> <input type="checkbox"/> E JAK2 V617F [JAK2] <input type="checkbox"/> E JAK2 Exon 12-14 [JAKGM] <input type="checkbox"/> E Calretikulin [CALR] <input type="checkbox"/> E MPL W515 [MPL] <input type="checkbox"/> E KIT D816/V560 [KIT816] <input type="checkbox"/> E SF3B1 [SF3B1] <input type="checkbox"/> E NGS-Panel MPN [MYMUT] <input type="checkbox"/> E NGS-Panel MLN-Eo [MYMUT] <input type="checkbox"/> E NGS-Panel CMML [MYMUT] <input type="checkbox"/> E NGS-Panel SM-AHN [MYMUT] <input type="checkbox"/> Stufendiagnostik gewünscht	<b>Reife B-Zellneoplasie (z.B. Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL), Mantelzell-Lymphom (MCL), Marginalzonen-Lymphom (MZL), Follikuläres Lymphom (FL), Haarzell-Leukämie (HZL))</b> <input type="checkbox"/> E NGS-Panel B-Neo [MYMUT] <input type="checkbox"/> E IG VH-Mutation [IGVH] <input type="checkbox"/> E BRAF-V600E [BRAE] <input type="checkbox"/> E STAT3-Mutation [STAT3]	
	<b>Sonstiges</b> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<b>Multiple Myelom (MM)</b> <input type="checkbox"/> E NGS-Panel MM [MYMUT] <input type="checkbox"/> E IG VH-Mutation [IGVH]	
		<b>Lymphoplasmozytisches Lymphom (LPL)</b> <input type="checkbox"/> E NGS-Panel LPL [MYMUT] <input type="checkbox"/> E MYD88-Mutation [MYD88] <input type="checkbox"/> E CXCR4-Mutation [GENX]	
		<b>Reife T-Zell-Neoplasie (z. B. T-Zell-Prolymphozyten-Leukämie, adulte T-Zell-Leukämie, T-Zell-LGL-Leukämie)</b> <input type="checkbox"/> E NGS-Panel T-Neo [MYMUT] <input type="checkbox"/> E T-Zellrezeptor (Klonalität) [TCR] <input type="checkbox"/> E STAT3-Mutation [STAT3]	
		<b>Lymphatisches Panel komplett</b> <input type="checkbox"/> E NGS-Panel lymphatisch [MYMUT]	
		<b>Myeloisches Panel komplett</b> <input type="checkbox"/> E NGS-Panel myeloisch [MYMUT]	

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG zur genetischen Diagnostik (GenDG)**

Die angeforderten Analysen unterliegen dem Gendiagnostikgesetz (GenDG). Nach einer ausführlichen Aufklärung/Beratung stimme ich der von mir gewünschten genetischen Untersuchung sowie ggf. der Probenentnahme auf Grundlage des Gendiagnostikgesetzes zu. Ich bin ausführlich darauf hingewiesen worden, dass ich sowohl mit meiner Ärztin/meinem Arzt das Ergebnis und das weitere Vorgehen besprechen als auch eine genetische Beratungsstelle in Anspruch nehmen kann. Ich hatte ausreichend Bedenkzeit bis zur Entscheidung für die genetische Untersuchung. Wenn ich eine von gesetzlichen Vorgaben abweichende Regelung wünsche, kann ich dies jederzeit mitteilen.

Mit der Aufbewahrung der Probe und der Untersuchungsergebnisse innerhalb der gesetzlichen Vorgaben bzw. je nach diagnostischer Notwendigkeit bin ich einverstanden:  Ja  Nein

Mit der Nutzung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern bin ich einverstanden:  Ja  Nein

Ich bin mit der Aufbewahrung und Verwendung der Probe in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung oder für wissenschaftliche Zwecke einverstanden:  Ja  Nein

Ich bin mit der evtl. erforderlichen Weiterleitung der Probe sowie der dazu erforderlichen Daten an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor einverstanden:  Ja  Nein

Durch die Analyse können in Einzelfällen Ergebnisse erzielt werden, die nicht in direktem Zusammenhang mit der angeforderten Untersuchung stehen. Ich wünsche über diese Zusatzbefunde informiert zu werden, wenn sich daraus eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Angehörigen ergibt:  Ja  Nein

Ich bin mit der Weiterleitung von Daten für die Abrechnung an eine privatärztliche Verrechnungsstelle einverstanden. (Nur bei Privatpatient\*innen)  Ja  Nein

**Jeder Punkt der Einwilligungserklärung kann von mir jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.** Erläuterung zu \* und \*\* siehe unten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname aufklärende Ärztin/aufklärender Arzt Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift aufklärende Ärztin/aufklärender Arzt Unterschrift Patient\*in/gesetzliche/r Vertreter\*in

**\*Patient\*innenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung**

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die auf der Vorderseite beschriebene(n), privatärztliche Leistung(en) durch Labore der amedes-Gruppe in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten entsprechend der aktuellen Fassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) selbst tragen und bin mit der Abrechnung durch eine autorisierte Verrechnungsstelle einverstanden. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen. Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an eine ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden und die Rechnungsforderungen der beteiligten Ärzt\*innen an diese ärztliche Verrechnungsstelle zum Einzug abgetreten werden. Die ermittelten Laborergebnisse werden dem der beratenden Ärztin/dem beratenden Arzt zugestellt. Hinzu kommen 2,60 Euro Versandgebühren.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Patient(in)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

*\*\*Als Indexpatient wird eine erkrankte und genetisch mit der/dem Versicherten verwandte Person und als Anlagenträger\*in eine (noch) symptomfreie Person mit nachgewiesener wahrscheinlich pathogener oder pathogener Variante bezeichnet (Angabe KBV).*

**Adresse für Probenzusendung**

amedes MVZ für Laboratoriumsdiagnostik und Mikrobiologie  
Halle/Leipzig GmbH  
Leipziger Chaussee 191f  
06112 Halle/Saale  
Telefon 0345.44 50 71 00  
Telefax 0345.44 50 72 10

**Genetische Sprechstunden**

Sie können sich kostenfrei unter folgender Telefonnummer für einen Sprechstundentermin anmelden:  
0800.444 36 38 (Erreichbarkeit: 9-16 Uhr)  
  
Genetische Sprechstunden bieten wir an folgenden Standorten an:  
Bad Münde · Berlin · Dortmund · Essen · Frankfurt · Göttingen · Halle (Saale) · Hamburg · Hannover · Oberhausen