

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

(Verdachts-)Diagnose/ Symptomatik (ggf. FAB-/WHO-Klassifikation, Krankheitsverlauf/Therapie):

Unterschrift/Ärzt*in:

☐ Erstdiagnose (Datum) ☐ Verdacht auf ☐ (V. a.) Rezidiv ☐ Verlaufskontrolle

Transplantation ☐ ja ☐ nein (☐ Spender weiblich / ☐ Spender männlich)

Chemotherapie ☐ ja ☐ nein Phase: _____ ggf. Vorbefunde _____

Untersuchungsmaterial

☐ Knochenmark [Heparin H, EDTA E] ☐ Bronchoalveoläre Lavage (BAL) ☐ Punktionszylinder [Formalin F]

☐ Blut [Heparin H, EDTA E, Citrat C] ☐ Punktat, Liquor, sonstige Materialien: _____

Anforderung

Zytologie

☐ E-B Differentialblutbild [DBBM]

☐ E-KM Knochenmarkzytologie [GBBKM, KMBEF]

☐ E-KM Eisenfärbung [KMFE]

Pathologie

☐ F Histologie

Bitte legen Sie einen Überweisungsschein Muster 10 bei.

Hämato-onkologische Zytogenetik

☐ H Chromosomenanalyse

☐ H FISH-Analysen

siehe auch Extraschein für Zytogenetik/FISH

Pharmakogenetische Untersuchung

Bitte legen Sie eine Einverständniserklärung zur genetischen Diagnostik bei.

Genetisch bedingte 5-FU-Toxizität

☐ E DPD-Genotyp [DPD2]

Genotypisierung vor Irinotecan-Behandlung

☐ E UGT1A1-Genotyp [UGT1R]

Genotypisierung vor Thiopurin-Behandlung

☐ E TPMT-Genotyp [TPMT]

Diagnostik bei anderen hereditären Erkrankungen

Anforderungsschein unter: www.amedes-genetics.de/



Immunphänotypisierung

☐ E Immunstatus [IS]

☐ E B-Zellreifungsstatus (CVID-Klass.) [CVID]

☐ E T-Zellreifungsstatus (naive/memory T-Ly.) [TNAIV]

☐ E regul. T-Lymphozyten [TREG]

☐ E CD57+ NK-Lymphozyten [NK57]

☐ E CD56^{dim/high} NK-Lymph. [IVF]

☐ E NK/NKT-Lymphozyten [NKZ56]

☐ E CD19+CD20+ B-Lymph. [BZELL]

☐ E B-NHL (CLL, FL, MZL, u. a.) [BNHL]

☐ E HZL/HZL-V [HCL]

☐ E Multiples Myelom/ MGUS [MGUS]

☐ E T-Zell-Neoplasien [TNHL]

☐ E NK-Zell-Neoplasien [TNHL]

☐ E Blastenscreen [ALLS]

☐ E MPN [AML]

☐ E MDS [AML]

☐ E Mastozytose [MASTO]

☐ E AML [AML + ALLS]

☐ E B-ALL [BALL + ALLS]

☐ E T-ALL [T-ALL + ALLS]

☐ E PNH [PNH]

☐ BAL Lymphozytentyp. + Zytologie [BAL]

☐ BAL CD1a-Histiozyten [BA1AP]

Sonstiges

☐ _____

☐ _____

☐ _____

Hämato-onkologische Molekulargenetik

Akute myeloische Leukämie (AML)

☐ E NGS-Panel AML [MYMUT]

☐ E TP53-Mutationen [P53GMS]

☐ E NPM1 [NPM1]

☐ E CEBPA [CEBPA]

☐ E BCR-ABL1 Screening/Typisierung [PHIL+FISHT]

☐ E FLT3 (ITD/TKD) [FLT3]

☐ E KMT2A-PTD [MLLPTD]

Myelodysplastisches Syndrom (MDS)

☐ E NGS-Panel MDS [MYMUT]

☐ E TP53-Mutationen [P53GMS]

☐ E SF3B1 [SF3B1]

☐ E RUNX1 [RUNX1]

☐ E ASXL1 [ASXL1]

☐ E FLT3 (ITD/TKD) [FLT3]

☐ E KMT2A-PTD [MLLPTD]

Chronische myeloische Leukämie (CML)

☐ E BCR-ABL1 Screening/Typisierung, qualitativ [PHIL+FISHT]

☐ E BCR-ABL1 quantitativ [PHILQ]

☐ E ABL1-Mutationssuche [PHILM]

Myeloproliferative Neoplasien (MPN), DD Myeloische Neoplasien mit Eosinophilie (MLN-Eo), DD Chronische myelomonozytäre Leukämie (CMML), DD Mastozytose mit assoziierter hämatologischer Neoplasie (SM-AHN)

☐ E JAK2 V617F [JAK2]

☐ E JAK2 Exon 12-14 [JAKGM]

☐ E Calretikulin [CALR]

☐ E MPL W515 [MPL]

☐ E KIT D816/V560 [KIT816]

☐ E SF3B1 [SF3B1]

☐ E NGS-Panel MPN [MYMUT]

☐ E NGS-Panel MLN-Eo [MYMUT]

☐ E NGS-Panel CMML [MYMUT]

☐ E NGS-Panel SM-AHN [MYMUT]

☐ Stufendiagnostik gewünscht

Myeloisches Panel komplett

☐ E NGS-Panel myeloisch [MYMUT]

Akute lymphatische Leukämie der B-Zellreihe (B-ALL)

☐ E NGS-Panel B-ALL [MYMUT]

☐ E IGVH-Mutation [IGVH]

☐ E BCR-ABL1 Screening/Typisierung [PHIL+FISHT]

☐ E ABL1- Mutationssuche [PHILM]

Akute lymphatische Leukämie der T-Zellreihe (T-ALL)

☐ E NGS-Panel T-ALL [MYMUT]

Chronische lymphatische Leukämie / kleinzelliges lymphozytisches Lymphom (CLL/SLL)

☐ E NGS-Panel CLL [MYMUT]

☐ E TP53-Mutationen [P53GMS]

☐ E IGVH-Mutation [IGVH]

Reife B-Zellneoplasie (z.B. Diffus großzelliges B-Zell-Lymphom (DLBCL), Mantelzell-Lymphom (MCL), Marginalzonen-Lymphom (MZL), Follikuläres Lymphom (FL), Haarzell-Leukämie (HZL))

☐ E NGS-Panel B-Neo [MYMUT]

☐ E IGVH-Mutation [IGVH]

☐ E BRAF-V600E [BRAF]

☐ E STAT3-Mutation [STAT3]

Multiples Myelom (MM)

☐ E NGS-Panel MM [MYMUT]

☐ E IGVH-Mutation [IGVH]

Lymphoplasmozytisches Lymphom (LPL)

☐ E NGS-Panel LPL [MYMUT]

☐ E MYD88-Mutation [MYD88]

☐ E CXCR4-Mutation [GENX]

Reife T-Zell-Neoplasie (z. B. T-Zell-Prolymphozyten-Leukämie, adulte T-Zell-Leukämie, T-Zell-LGL-Leukämie)

☐ E NGS-Panel T-Neo [MYMUT]

☐ E T-Zellrezeptor (Klonalität) [TCR]

☐ E STAT3-Mutation [STAT3]

Lymphatisches Panel komplett

☐ E NGS-Panel lymphatisch [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 Arzt*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 57 100
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