

Institut für Pathologie GbR
 Priv. Doz. Dr. med. Michael Härle
 Dr. med. Axel Gauer, MIAC
 Dr. med. Martina Knöß, MIAC
 Dr. med. Per Knöß, MIAC
 Dr. med. Bernd Neugebauer
 Dr. med. Ute Stein (ang.)
 Fachärzte für Pathologie
 Prof. Dr. med. Yoo-Jin Kim (ang.)
 Facharzt für Pathologie & Neuropathologie
Überörtliche BAG

Glockenstrasse 54
 67655 Kaiserslautern
 Telefon (0631) 89296-0
 Telefax (0631) 89296-21



Technische Validierung
 Zytogenetik:
 Institut für Chromosomen-
 diagnostik

Dr. med. Maria Blandfort
 FÄ Kinderheilkunde,
 Medizinische Genetik
 Dr. rer. nat. Katrin Lahr
 Diplom-Biologin
 Kerststr. 21-23
 67655 Kaiserslautern
 Telefon 0631-5704360
 Telefax 0631-5704361
 www.chromosomendiagnostik.de

Einsender (Stempel)

Patient weibl. männl.
 Name:
 Vorname:
 Geb.:
 Adresse:

**Untersuchungsanforderung – Hämatologie/Onkologie
 (Zytogenetik-FISH-Molekulargenetik)**

1. INDIKATION

Diagnose/DD:.....

Erkrankung des hämatopoetischen Systems der:

- lymphatischen Zellreihe: B-Zellen T-Zellen unklar
- myeloischen Zellreihe
- unklar

Bitte Blutbild mit einsenden : Leukozytenzahl :

Therapiestand:

- Erstdiagnose Remissionskontrolle Verlaufskontrolle
- Z.n. KMT/PBSCT Z.n. Therapie Rezidiv

2. AUFTRAG AUS BLUT/KNOCHENMAK/GEWEBE

- Chromosomenbandenanalyse (konventionelle Zytogenetik):**
 (Heparin und EDTA) Ü-Schein 10
 Für die Zellmorphologie bitte 1 bis 3 KM-Ausstriche, luftgetrocknet
- Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH) (molekulare Zytogenetik):**
 (Heparin und EDTA) Ü-Schein 10
- Immunmagnetische Anreicherung (Säule):**
 CD138 (Myelom) CD19 (B-NHL) CD34 (MDS/PMF)
- An Gewebe Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH):**
 (molekulare Zytogenetik) (Cryo oder Paraffinschnitte) Ü-Schein 10
 ALK1 ROS1 RET ERBB2 (HER2/NEU)
- Mutationsanalyse (PCR) – Kooperationslabor:**
 (EDTA Blut/KM) Ü-Schein 10
Welche:.....
- Morphologie/Histologie:**

Kostenübernahme

- Kasse
- Privat
- Stationär
- Ambulant

Material

- 5 -10 ml Heparin-Blut
- 5 -10 ml Heparin-Knochenmark
- 2 - 5 ml EDTA-Blut
- 2 - 5 ml EDTA-Knochenmark
- Luft getrockene Objektträger
- Sonstiges.....

Datum

Unterschrift

(BKB in gepufferter Formalinlösung) Ü-Schein 6

Einverständniserklärung

Einwilligung zur genetischen Untersuchung §8 Gendiagnostikgesetz

Patient/in:

Name, Vorname:.....

Geb. Datum:.....

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Zweck, Art, Aussagemöglichkeiten und Aussagegrenzen der Untersuchung in meinem speziellen Fall aufgeklärt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ich bin mit der Abnahme einer Blut/Knochenmark/Gewebeprobe und der Durchführung einer genetischen Diagnostik einverstanden und habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt sowie Qualitätssicherung (Kontrollprobe) und gegebenenfalls weitere diagnostische Untersuchungen bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial auch für die Forschungs- und Entwicklungsarbeit auf dem Gebiet der medizinischen-genetischen Diagnostik verwendet kann. Im diesen Fall werden meine Daten ausschließlich in anonymisierter Form verwendet.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsbefund durch meinen behandelnden Arzt an einen weiter-behandelnden Arzt übermittelt werden kann.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Datum, Ort:.....

Unterschrift Patient:.....

Abzuklärende Fragestellung:

Arztunterschrift:.....