

Krankenkasse bzw. Kostenträger			
Name, Vorname, Geb.-Datum des Versicherten			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
<b>Rechnung</b>			
Überweisungsschein <small>Bitte Muster 10 zusenden</small>	privat <small>an Patient</small>	stationär <small>Rechnung an Klinik</small>	ambulant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anforderungsbeleg Tumorgenetik

- Hämatologische Neoplasien -

<b>Untersuchungsmaterial</b>			Knochenmark	peripheres Blut	Sonstiges (Aszites, Liquor)	
Datum der Materialentnahme	TT	MM	JJJJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leukozytenzahl:			Gpt/l	Hinweise für die Entnahme, die Lagerung und den Transport der Proben finden Sie auf unserer Internetseite <a href="http://www.praxisverbund-humangenetik.de">www.praxisverbund-humangenetik.de</a> unter Probenmaterial.		

Die notwendige Einwilligungserklärung laut Gendiagnostikgesetz finden Sie auf der 2. Seite des Anforderungsbeleges.

### Fragestellung, klinische Diagnose und Symptomatik

Indikation/ Verdachtsdiagnose:

---



---

Therapie:

---

Bereits erfolgte genetische Untersuchungen (*welche Untersuchung, Ergebnis*):

---

Bitte legen Sie die Ihnen vorliegenden wichtigsten Arztbriefe und Befunde in Kopie bei.

**Einsender** (Stempel und Unterschrift des Arztes)

**Probendokumentation** (Labor)

## Genetische Untersuchungen

### Zytogenetik: Chromosomenanalyse und indikationsspezifisches FISH-Panel

oder Einzelanforderungen

(nur) Chromosomenanalyse

FISH zum Ausschluss von Einzelaberrationen (Auswahl):

BCR/ABL1-Rearrangement (z. B. bei CML oder DD: MPN/MPS)

TP53-Deletion (z. B. bei CLL)

5q-Deletion (z. B. bei MDS)

Sonstige: \_\_\_\_\_

### Molekulargenetik

**AML** (nach ELN 2017) – ASXL1, CEBPA, FLT3, NPM1, RUNX1, TP53

zusätzlich: DNMT3A, IDH1, IDH2, KIT

**Chronische lymphatische Leukämie (CLL)** – TP53

zusätzlich: IGHV\*

**Chronische Neutrophilenleukämie (CNL)** – ASXL1, CSF3R T618I\*

**CMML** – ASXL1, SRSF2, TET2

**Eosinophilie (CEL, HES, MPN-Eo)** – cKIT D816V, JAK2 V617F

**Essentielle Thrombozythämie (ET)** – CALR, JAK2 V617F, MPL

**Haarzelleukämie** – BRAF V600E

**MDS** (nach DGHO 2016) – ASXL1, EZH2, RUNX1, TP53

zusätzlich: DNMT3A, SF3B1, SRSF2

**Morbus Waldenström** – CXCR4, MYD88

**MPN Standard** – CALR, JAK2 V617F, MPL

**Polyzythämia Vera (PV)** – JAK2 V617F, JAK2 Exon 12

**Primäre Myelofibrose (PMF)** – CALR, JAK2 V617F, MPL

**Systemische Mastozytose** – cKIT D816V

**Einzelgen(e)** (z. B. bei Verlaufskontrolle/MRD): \_\_\_\_\_

\* Untersuchung in Kooperation mit Laborpartner

Hinweis: Es werden nur Genregionen mit bekannten Mutationen untersucht. Die Auflistung enthält jeweils die laut aktuellen Leitlinien prognostisch, diagnostisch und/oder therapeutisch relevantesten Gene. Den vollständigen Anforderungsbeleg „Molekulargenetik“ unseres Labors finden sie unter [www.genetik-dresden.de/fuer-aerzte/anforderungsbelege](http://www.genetik-dresden.de/fuer-aerzte/anforderungsbelege).

Name, Vorname des Patienten geb. am

Adresse:



## Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung nach Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Ich bin zu meiner genetischen Fragestellung beraten worden. Ich hatte Gelegenheit, mit meiner/ m beratenden Ärztin/ Arzt über die Aussagekraft sowie die Konsequenzen der geplanten genetischen Untersuchung zu sprechen.

Meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich habe keine weiteren Fragen. Mit meiner nachstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend aufgeklärt wurde und mit der Abnahme einer Probe sowie der Durchführung einer genetischen Untersuchung wegen:

\_\_\_\_\_ einverstanden bin.

Bei der genetischen Diagnostik können sich Nebenbefunde ergeben, die nach derzeitigem Kenntnisstand nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Fragestellung zu sehen sind.

### Erklärung zum Umgang mit Untersuchungsmaterial und Untersuchungsergebnissen

Hiermit willige ich ein, dass

- meine Proben sowie Untersuchungsergebnisse nach Abschluss der Untersuchungen und der abschließenden Befundaussprache zum Zweck der Nachprüfbarkeit sowie für mögliche weitere diagnostische Untersuchungen über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus archiviert werden. Ein Anspruch auf die Lagerung kann nicht erhoben werden.
- meine Proben zur Verwendung für Qualitätskontrollzwecke in pseudonymisierter Form aufbewahrt werden können.
- die Untersuchungsergebnisse in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken (z. B. in medizinischen Datenbanken) genutzt werden können.
- der Untersuchungsauftrag an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden kann, falls die Untersuchung im Labor des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik nicht möglich sein sollte.
- neben der Ärztin/ dem Arzt des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik die/ der die genetische Analyse veranlasst hat, in Ausnahmefällen jede andere Ärztin/ jeder andere Arzt des MVZ Mitteldeutscher Praxisverbund Humangenetik Einsicht in meine Befunde nehmen und sie mir mitteilen darf.
- Nebenbefunde, die nicht im Zusammenhang mit der ursprünglichen Fragestellung stehen, mitgeteilt werden dürfen.

— wenn nicht zutreffend bitte streichen —

Selbstverständlich unterliegen alle persönlichen Daten sowie die Untersuchungsergebnisse der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO). Eine Weitergabe der Untersuchungsergebnisse erfolgt nur mit Ihrer Zustimmung. Diese Einwilligungserklärung oder Teile davon können jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Das Untersuchungsergebnis wird dem einsendenden Arzt mitgeteilt.

Für den Fall der Verhinderung der verantwortlichen ärztlichen Person kann es in seltenen Notfallsituationen zusätzlich an folgende Ärzte gesandt werden:

\_\_\_\_\_  
Name, Straße, PLZ/ Ort

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**verantwortliche ärztliche Person** (Namen in Druckschrift, Unterschrift und Stempel)

### Für Patienten mit privater Krankenversicherung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnung für die o. g. Untersuchung(en) von der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Sachsen (PVS) erstellt wird. Zu diesem Zweck erkläre ich mich einverstanden, dass alle zur Rechnungsbearbeitung notwendigen Daten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle Sachsen GmbH weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/ des Patienten bzw. bei Minderjährigen eines Sorgeberechtigten