

Krankenkasse des Versicherten

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Geschlecht weiblich männlich divers unbestimmt unbekannt



Adresse/ Stempel Einsender

Name, Vorname

Adresse

PLZ/ Ort

Kostenträger

- GKV (Laborschein 10 mit Diagnose/ ICD 10)
 PKV (Kostenübernahmeerklärung erforderlich)
 Stationär (Rechnung an Klinik)

Anforderungsbogen Hämato-Onkologie

Untersuchungsmaterial

- EDTA-Blut (Menge: 2-5 ml) EDTA-Knochenmark
 Entnahmedatum: _____

Indikation – Diagnose/ Verdacht

Für eine umfassende Interpretation der Ergebnisse sind dezidierte Angaben der klinischen Symptomatik Ihres Patienten nötig.

- Myelodysplastisches Syndrom (MDS)
 Myeloproliferative Neoplasie (MPN)
 Essentielle Thrombozythämie (ET)
 Polyzythämia vera (PV)
 Primäre Myelofibrose (PMF)
 Myelodysplastische/Myeloproliferative Neoplasien (MDS/MPN) und CMML
 Akute myeloische Leukämie (AML)
 Klonale Hämatopoese (CHIP und CCUS)
 andere hämatologische Erkrankung: _____

Diagnose gesichert: Ja Nein

Krankheitsstadium:

- Erstdiagnose
 Verlaufskontrolle
 nach Knochenmarkstransplantation
 Rezidiv

Vorbefund: _____

Medikation / Therapie zum Zeitpunkt der Probenentnahme

- keine Therapiepause Medikament: _____

Klinische Daten

Blasten (% KM): < 5 5 – 9 10 – 19 > 20

Anforderungen

Myeloproliferative Neoplasien (MPN)

- Treibermutationsabklärung zur molekulargenetischen Diagnosesicherung: *JAK2, CALR, MPL* (ausschließlich als Set anforderbar)
 Genpanel zur Prognoseabschätzung (MIPPSv2, Tefferi et al., 2020; NCCN, 2024)

Weitere myeloische Neoplasien

Genpanel zur Prognoseabschätzung

- AML (ELN, Döhner et al., 2022)
 MDS (WHO, 2022; IPSS-M, Bernard et al., 2022)
 CMML (WHO, 2022; NCCN, 2024)
 CCUS (WHO, 2022)
 MDS / MPN
 MDS / AML

Abklärung spezifischer chromosomaler Verluste/Zugewinne

- AML (ELN, Döhner et al., 2022)
 MDS (WHO, 2022; IPSS-M, Bernard et al., 2022)
 CMML (WHO, 2022; NCCN, 2024)
 CCUS (WHO, 2022)
 MDS / MPN
 MDS / AML

Komplette Genliste (52 Gene*)

ASXL1, ASXL2, ATM, BCOR, BCORL1, BRAF, CALR, CBL, CDKN2A, CDKN2B, CEBPA, CSF3R, CUX1, DDX41, DNMT3A, ETNK1, ETV6, EZH2, FLT3, GATA1, GATA2, HRAS, IDH1, IDH2, IKZF1, JAK2, JAK3, KDM6A, KIT, KMT2A, KRAS, MPL, NF1, NPM1, NRAS, PHF6, PTEN, PTPN11, RAD21, RUNX1, SETBP1, SF3B1, SRSF2, STAG2, STAT3, STAT5B, STK11, TET2, TP53, U2AF1, WT1, ZRSR2

*Siehe ggf. aktualisierte Genliste im Leistungsverzeichnis der Homepage.

Einwilligung zur genetischen Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) und der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass

- Sie von Ihrem behandelnden Arzt über Aussage und Konsequenzen der o.g. Untersuchung umfassend aufgeklärt wurden und Sie diese Erklärungen verstanden haben.
- Sie vor der Einwilligung ausreichend Bedenkzeit zur Entscheidung für die geplanten Untersuchungen hatten.
- Ihnen bekannt ist, dass Sie Ihre Zustimmung jederzeit widerrufen und die Untersuchung abbrechen können (Recht auf Nichtwissen).
- Sie mit der Entnahme des Probenmaterials für o.g. Untersuchung einverstanden sind.
- Sie mit den Datenschutzbedingungen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) einverstanden sind.
- Alle Angaben, die Sie gemacht haben, sowie alle Ergebnisse der Untersuchung der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz (DSGVO) unterliegen und ohne Ihre ausdrückliche schriftliche Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen. Sie können diese Einwilligungserklärung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Ich erkläre mich einverstanden mit (keine Auswahl wird als Ja gewertet)

Nein

- der Aufbewahrung des Probenmaterials für weiterführende Untersuchungen zur Diagnosefindung, eventuellen Überprüfung der Ergebnisse oder Qualitätskontrolle.
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren.
- der Weiterleitung des Probenmaterials und des Untersuchungsauftrages an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor, falls die Untersuchung in unserem Labor nicht durchgeführt werden kann.
- der Befundmitteilung an meinen behandelnden Arzt bzw. weitere Ärzte.
- der Verwendung der Untersuchungsergebnisse für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern sowie der späteren Weitergabe der Befunde an folgende Familienmitglieder, falls ärztlich wichtig
- der Aufbewahrung, Eintragung und Verwendung des Untersuchungsmaterials und dessen Ergebnisse in pseudonymisierter Form zu wissenschaftlichen Zwecken.

Ort/ Datum

Unterschrift des/r Patienten/in bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person