



**MVZ für Humangenetik und Molekularpathologie GmbH**

**Sitz**  
Robert-Koch-Straße 10  
D-18059 Rostock  
Telefon: +49 | 381 | 440 22 440  
Telefax: +49 | 381 | 440 22 449

**Zweigstelle**  
Wiesenstraße 13  
D-17489 Greifswald  
Telefon: +49 | 3834 | 776 50 97  
Telefax: +49 | 3834 | 776 50 99

mail@humangenetik-rostock.de  
www.humangenetik-rostock.de

**Geschlecht**     weiblich     männlich

Patientendaten  
(drucken mit Formular, Überweisung blanko)

## Anforderung einer Untersuchung: Tumorgenetik

**Materialentnahme für Zytogenetik:** Mo bis Do (Fr und Sa nur nach vorheriger Absprache).  
Für Untersuchungen im Bereich der **klinischen Genetik** verwenden Sie bitte das separate Formular.  
Genetische Untersuchungen belasten **nicht** das Laborbudget.

### Einsender (ggf. Stempel)

<b>Name</b>  <b>Praxis/ Klinik/ Institut</b>  <b>Adresse Tel./Fax</b>	<b>Kostenträger</b> <input type="radio"/> GKV (Laborüberweisung bitte beifügen) <input type="radio"/> Patient/in (privat) (Adresse bitte oben eintragen) <input type="radio"/> Klinik  Befund per Fax? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
---	---

### Untersuchungsmaterial (Transport bei Raumtemperatur)

<b>Zytogenetische Diagnostik und FISH:</b> <input type="radio"/> Heparin-Blut (3 – 5 ml) <input type="radio"/> Knochenmarkspirat in Heparin (5 ml) <input type="radio"/> Anderes (bitte anfragen)  .....  Probenentnahme am: .....	<b>Molekulargenetische Diagnostik:</b> <input type="radio"/> EDTA- oder Heparin-Blut (1 – 3 ml) <input type="radio"/> Knochenmarkspirat in EDTA oder Heparin (1 – 3 ml) <input type="radio"/> DNA (1 – 5 µg) <input type="radio"/> Tumormaterial (Paraffin-Block) <input type="radio"/> Anderes (bitte anfragen)  .....  .....
---	---

### Diagnose/Anamnese

**(Verdachts-) Diagnose/klinische Fragestellung:**  
 Erstdiagnose     Rezidiv     Verlaufskontrolle (letzter Befund vom: .....)

<b>Zytogenetik</b> <input type="radio"/> ALL <input type="radio"/> AML <input type="radio"/> CLL <input type="radio"/> CML <input type="radio"/> BCR/ABL-FISH	<input type="radio"/> MDS <input type="radio"/> MPN <input type="radio"/> NHL <input type="radio"/> Plasmozytom/MM/MGUS <input type="radio"/> Lambda <input type="radio"/> Kappa	<b>Molekulargenetik</b> <input type="radio"/> BCR/ABL, quantitativ <input type="radio"/> JAK2 V617F-Mutation <input type="radio"/> JAK2 Exon 12-Mutation bei PV <input type="radio"/> MPL W515L/K-Mutation bei ET/PMV <input type="radio"/> TP-53 Mutationsanalyse <input type="radio"/> IGHV-Mutationsanalyse <input type="radio"/> CALR-Mutation <input type="radio"/> Anderes  .....  .....
--	--	--

**Klinische Symptomatik:**

Ergebnisse/Befunde von Voruntersuchungen  
(ggf. bitte in Kopie beilegen):

### Angeforderte Untersuchung(en) (siehe Leistungsverzeichnis):

<b>Analyse/Erkrankung:</b>	<b>FISH-Sonden/Gen:</b>
----------------------------	-------------------------

Bitte **Überweisung** (bei GKV als Kostenträger) **beifügen**.

## Einwilligungserklärung zur Durchführung tumorgenetischer Analysen

Patient(in)	
Name, Vorname	Geburtsdatum

Die Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH) und der Berufsverband Deutscher Humangenetiker (BVDH) empfehlen darüber hinaus, die unten genannten Sachverhalte im Rahmen der Einwilligung zu klären. Bitte lesen Sie diese Einwilligung sorgfältig durch und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Antworten an:

- Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zu den genetischen Analysen, die zur Klärung der in Frage stehenden Erkrankung/Diagnose:  
.....  
notwendig sind sowie zu den dafür erforderlichen Blut-/Gewebeentnahmen. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, offene Fragen zu besprechen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde der Analyse(n) auch an weitere Ärzte/Personen geschickt werden:  
Frau/Herrn: .....  
Frau/Herrn: .....
- Ich möchte über die Ergebnisse der genetischen Analyse nur insoweit informiert werden, wie es für mich und meine Familie für die o. g. Frage praktisch relevant ist. Auf die Mitteilung von Zufallsbefunden verzichte ich.  ja  nein  
Bitte entscheiden Sie, ob und wie nicht verbrauchtes Untersuchungsmaterial verwendet werden darf:
- Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung zum Zweck einer ggf. erforderlichen bzw. gewünschten Überprüfung des Ergebnisses bzw. weiterführenden genetischen Untersuchung; auch nach meinem Tod, damit sie ggf. meiner Familie zur Verfügung stehen.  ja  nein
- **Und:** Ich bin einverstanden mit der Aufbewahrung und Verwendung für Zwecke der Qualitätssicherung in verschlüsselter (pseudonymisierter) Form.  ja  nein
- Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen und dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen). Mir ist bekannt, dass ich eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit stoppen und die Vernichtung des Untersuchungsmaterials einschließlich aller daraus gewonnenen Komponenten sowie aller bis dahin erhobenen Ergebnisse und Befunde verlangen kann.

Ort, Datum	Unterschrift <b>Patient(in) bzw. gesetzlicher Vertreter</b>	Stempel, Unterschrift <b>verantwortliche(r) Arzt/Ärztin</b>
------------	---	---