**Institut für Humangenetik, Kooperationspartner des Haematologicum UKD**

# Anforderungsschein für Tumorzytogenetik/Molekulargenetik

| **Patientendaten:** ☐ **weiblich** ☐ **männlich**<br>Name:<br><br>Vorname:<br><br>Geb.:<br><br>Adresse: | **Einsender:** Klinik / Station / Ambulanz / Arzt (Stempel / Unterschrift)<br><br><br><br><br>Ansprechpartner:<br><br>Tel.: Fax: |
|---|---|

**Kostenübernahme:** ☐ Ambulant GKV (**Ü-Schein Muster 10**)

**Erkrankung (obligat auszufüllen!):**_____

**Entnahmedatum:**_____

**Material (Heparin 10-30 i.E./ml)** ☐ **Knochenmark (5 ml)** ☐ **Blut (10 ml)**

**Besondere Fragestellung:**

☐ **Multiples Myelom u.a. (Zellseparation CD138+)**
☐ **CLL (Zellstimulation DSP30/IL2)**
☐ **AML M3 ED.**
☐ **KMT** **Der Spender ist:** ☐ männlich ☐ weiblich
☐ **nur FISH**

## Molekulargenetische Diagnostik ( ☐ zusätzlich oder ☐ nur )

**Material (EDTA)** ☐ **Knochenmark (5 ml, präferentiell)** ☐ **Blut (5 ml)**

☐ **Asservierung der Probe für:** _____

| | |
|---|---|
| ☐ **AML-Panel (*ASXL1*, IDH1*, IDH2*, RUNX1, TP53*)** | * Hotspot Analyse |
| Optional (nur zusätzlich anzufordern): ☐ ***CEBPA**** ☐ ***NPM1**** | |

| | |
|---|---|
| ☐ **MDS-Panel (*ASXL1*, EZH2, TP53*)** | * Hotspot Analyse |
| Optional (nur zusätzlich anzufordern): ☐ ***RUNX1*** ☐ ***SF3B1**** | |
| ☐ **CMML-Panel (*ASXL1*, NRAS*, RUNX1, SETBP1*, SRSF2*, TET2*)** | * Hotspot Analyse |
| Optional (nur zusätzlich anzufordern): ☐ ***DNMT3A*** ☐ ***IDH1**** ☐ ***IDH2**** ☐ ***NPM1**** | |

| | |
|---|---|
| **MPN** ☐ ***JAK2*** (p.V617F und Exon 12) ☐ ***CALR*** (Exon 9) ☐ ***MPL*** (Exon 10) | |
| Optional (nur zusätzlich): ☐ ***ASXL1*** ☐ ***EZH2*** ☐ ***IDH1**** ☐ ***IDH2**** ☐ ***SRSF2**** | * Hotspot Analyse |

☐ **Mastozytose *KIT*** (p.D816V)

☐ **Morbus Waldenström *MYD88*** (p.L265P)

☐ **Haarzellleukämie *BRAF*** (p.V600E)

☐ **MRD (Verlaufskontrolle bei bekannter Mutation, nicht akkreditiert)**
**Bitte fügen Sie bei auswärtigen Befunden eine Kopie des molekulargenetischen Befundes bei!**
**Gen(e):**_____

**Direktorin des Instituts**
Univ.-Prof. Dr. med. D. Wieczorek
Tel.: (0211) 81-06795 / 06796
Fax: (0211) 81-06083
e-mail: humangenetik@med.uni-duesseldorf.de

**Liefer-/Hausanschrift:**
**Gebäude 13.58, Ebene 01**
**Moorenstr. 5**
**40225 Düsseldorf**

***Bitte Expressversand!***

www.uniklinik-duesseldorf.de/humangenetik

Ärztliche Leitung des MVZ:
Frau Dr. med. B. Leube
☎ (0211) 81-06782
**e-mail: barbara.leube@med.uni-duesseldorf.de**

**Auskunft erteilen:**

Frau Dr. rer. nat. B. Hildebrandt
☎ (0211) 81-06788 / 05131
e-mail: barbara.hildebrandt@med.uni-duesseldorf.de

Herr Prof. Dr. med. H. Rieder
☎ (0211) 81-05123
e-mail: harald.rieder@med.uni-duesseldorf.de

Frau Dr. rer. nat. B. Betz
☎ (0211) 81-06785
e-mail: beate.betz@med.uni-duesseldorf.de

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-ML-19394-01-00