

Institut für Humangenetik, Kooperationspartner des Haematologicum UKD
Anforderungsschein für Tumorzytogenetik/Molekulargenetik

Patientendaten: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Name: Vorname: Geb.: Adresse:	Einsender: Klinik / Station / Ambulanz / Arzt (Stempel / Unterschrift) Ansprechpartner: Tel.: Fax:
---	--

Kostenübernahme: Kasse (Ü-Schein Muster 10) Privat stationär ambulant

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: _____

<input type="checkbox"/> AML-Panel (ASXL1*, IDH1*, IDH2*, RUNX1, TP53) * Hotspot Analyse
Optional (nur zusätzlich anfordern): <input type="checkbox"/> CEBPA* <input type="checkbox"/> NPM1*

<input type="checkbox"/> MDS-Panel (ASXL1*, EZH2, TP53) * Hotspot Analyse
Optional (nur zusätzlich anfordern): <input type="checkbox"/> RUNX1 <input type="checkbox"/> SF3B1*

<input type="checkbox"/> CMML-Panel (ASXL1*, NRAS*, RUNX1, SETBP1*, SRSF2*, TET2) * Hotspot Analyse
Optional (nur zusätzlich anfordern): <input type="checkbox"/> DNMT3A <input type="checkbox"/> IDH1* <input type="checkbox"/> IDH2* <input type="checkbox"/> NPM1*

MPN <input type="checkbox"/> JAK2 (p.V617F und Exon 12) <input type="checkbox"/> CALR (Exon 9) <input type="checkbox"/> MPL (Exon 10)
Optional (nur zusätzlich): <input type="checkbox"/> ASXL1 <input type="checkbox"/> EZH2 <input type="checkbox"/> IDH1* <input type="checkbox"/> IDH2* <input type="checkbox"/> SRSF2* * Hotspot Analyse

<input type="checkbox"/> Mastozytose KIT (p.D816V)
--

<input type="checkbox"/> Morbus Waldenström MYD88 (p.L265P)

<input type="checkbox"/> Haarzelleukämie BRAF (p.V600E)

<input type="checkbox"/> 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:
 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

