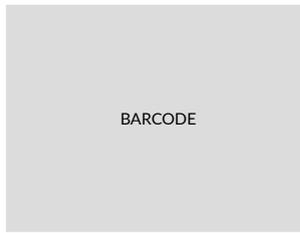


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> X Telefon:		



UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG
HÄMATOONKOLOGIE

Weitere Untersuchungsaufträge finden Sie unter www.medicover-diagnostics.de

EINSENDER (STEMPEL) KOSTENTRÄGER

Name – Anschrift – Unterschrift – Telefonische Durchwahl – E-Mail

GKV (gesetzlich versichert) - Laborüberweisungsschein Muster 10
 ambulant stationär, Rechnung an Klinik §116b Ambulanz
 Humangenetische Analysen aus EBM Kapitel 11 belasten nicht den
 Wirtschaftlichkeitsbonus oder das Laborbudget.
 IGeL / Selbstzahler
 PKV (privat versichert) ambulant stationär
 Kostenvoranschlag nach GOÄ erbeten

ANGABEN ZUM PATIENTEN

Indikation: _____

KLINISCHE SYMPTOMATIK

Erstdiagnose Studie _____
 Verlaufskontrolle unter Therapie mit _____
 aktueller Verdacht auf Rezidiv

Vorbefunde (bitte möglichst beilegen: aktuelles Blutbild, ggf. Vorbefunde anderer Labore, Pathologie)

UNTERSUCHUNGSMATERIAL

Entnahmedatum: _____ infektiös
 Uhrzeit: _____

Heparin-Knochenmark (5-10 mL, 500 IE Heparin/mL) für Chromosomenanalyse
 EDTA-Knochenmark (2-3 mL) für molekulargenetische Analysen
 Heparin-Blut (5-10 mL, 500 IE Heparin/mL) für Chromosomenanalyse
 EDTA-Blut (5-10 mL) für molekulargenetische Analysen
 Sonstiges: _____

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

Unser Experten-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: info@medicover-diagnostics.de oder unter +49 89 895578-0

Chromosomenanalyse
 Fluoreszenz-*in situ*-Hybridisierung (FISH)
 molekulargenetischer Nachweis Fusionstranskripte (bitte spezifizieren Seite 2-5)
 Mutationssuche (Next-Generation-Sequencing, Droplet-Digital-PCR) (bitte spezifizieren Seite 2-5)



DIAGNOSTIK

AKUTE LEUKÄMIEN

Akute myeloische Leukämie (AML)

Fusionsgene

- RUNX1::RUNX1T1* [t(8;21)(q22;q22)]
- CBFB::MYH11* [inv(16)(p13.1q22) / t(16;16)(p13.1;q22)]
- PML::RARA* [t(15;17)(q24.1;q21.2)]
- Screening auf Fusionsgene

quantitative Analysen bis 0,01% LOD (z.B. MRD)

- NPM1* Mutation A, c.860_863dup, p.(Trp288Cysfs*12)
- NPM1* Mutation B, c.863_864insCATG, p.(Trp288Cysfs*12)
- IDH1* c.395G>A, p.(Arg132His)
- sonstige nach Rücksprache

Sequenzierung

- AML-Prognose-Panel nach ELN
- AML-Panel
- AML-MR-Panel
- myeloisches Panel
- Einzelmarker bitte angeben: _____

Akute lymphatische Leukämie (ALL), B-Zell-Reihe

Fusionsgene

- BCR::ABL1* [t(9;22)(q34;q11.2)]
- KMT2A::AFF1* [t(4;11)(q21;q23.3)]
- ETV6::RUNX1* [t(12;21)(p13;q22)]
- TCF3::PBX* [t(1;19)(q23;p13.3)]
- Screening auf Fusionsgene

Sequenzierung

- B-ALL-Panel
- lymphatisches Panel
- ABL1* (bei TKI-Resistenz)
- Einzelmarker bitte angeben: _____

Akute lymphatische Leukämie (ALL), T-Zell-Reihe

Fusionsgene

- STIL::TAL1* [interstitielle Deletion 1p32]
- Screening auf Fusionsgene

Sequenzierung

- T-ALL-Panel
- lymphatisches Panel
- Einzelmarker bitte angeben: _____

MYELOYDYSPLASTISCHES SYNDROM (MDS)

Myelodysplastisches Syndrom (MDS)

Sequenzierung

- MDS-Panel
- myeloisches Panel
- Einzelmarker bitte angeben: _____



MYELOYDYSPLASTISCHE / MYELOPROLIFERATIVE NEOPLASIEN (MDS / MPN)

Chronische Myelomonozytäre Leukämie (CMML)

Sequenzierung

CMML-Panel

myeloisches Panel

Einzelmarker bitte angeben: _____

Myelodysplastische / Myeloproliferative Neoplasie mit Neutrophilie (MDS / MPN-N)

Sequenzierung

MDS / MPN-N-Panel

myeloisches Panel

Einzelmarker bitte angeben: _____

Myelodysplastische / Myeloproliferative Neoplasie mit SF3B1-Variante und Thrombozytose (MDS / MPN-SF3B1-T)

Sequenzierung

MDS / MPN-SF3B1-T-Panel

myeloisches

Panel

JAK2

MPL

CALR

SF3B1

Einzelmarker bitte angeben: _____

MYELOPROLIFERATIVE NEOPLASIEN (MPN)

Chronische myeloische Leukämie (CML)

Fusionsgene, quantitativ

BCR::ABL1 [t(9;22)(q34;q11.2)]

Sequenzierung

CML-Panel

myeloisches Panel

ABL1 (bei TKI-Resistenz)

Einzelmarker bitte angeben: _____

Polyzythämie vera (PV), Essentielle Thrombozythämie (ET), Primäre Myelofibrose (PMF)

Fusionsgene, quantitativ

BCR::ABL1 [t(9;22)(q34;q11.2)]

quantitative Analysen bis 0,01% LOD (z.B. MRD)

JAK2, c.1879G>T, p.(Val617Phe)

Sequenzierung

MPN-Panel

myeloisches Panel

JAK2

CALR

MPL

Einzelmarker bitte angeben: _____

Chronische Neutrophilenleukämie (CNL)

Fusionsgene, quantitativ

BCR::ABL1 [t(9;22)(q34;q11.2)]

Sequenzierung

CNL-Panel

myeloisches Panel

CSF3R

Einzelmarker bitte angeben: _____

MASTOZYTOSE UND HEREDITÄRE ALPHA-TRYPTASÄMIE

Systemische Mastozytose (SM)

quantitative Analysen bis 0,01% LOD (z.B. MRD)

KIT, c.2447A>T, p.(Asp816Val)

Sequenzierung

SM-Panel

myeloisches Panel

KIT

Einzelmarker bitte angeben: _____

Hereditäre alpha-Tryptasämie (HaT)*

CNV-Analyse

TPSAB1-Kopienzahl

* Einwilligungserklärung gemäß GenDG erforderlich

MYELOISCHE / LYMPHATISCHE NEOPLASMIEN MIT EOSINOPHILIE UND DEFINIERENDEM GEN-REARRANGEMENT

Myeloische / lymphatische Neoplasien mit Eosinophilie und PDGFRA-, PDGFRB-, FGFR1-, JAK-, FLT3- oder ETV6-Rearrangement

Sequenzierung

myeloisches Panel

lymphatisches Panel

MPNeo-Panel

PDGFRA (Thr674Ile) (bei TKI-Resistenz)

Einzelmarker bitte angeben: _____

REIFE B-ZELL-NEOPLASMIEN

Chronische lymphatische Leukämie (CLL) / Kleinzelliges B-Zell-Lymphom (SLL)

Sequenzierung

CLL-Panel

lymphatisches Panel

IGHV-Mutationsstatus

ATM

TP53

BCL2

BTK (bei Ibrutinib-Resistenz)

PLCG2 (bei Ibrutinib-Resistenz)

Einzelmarker bitte angeben: _____

Haarzelleukämie (HZL)

quantitative Analysen bis 0,01% LOD (z.B. MRD)

BRAF, c.1799T>A, p.(Val600Glu)

Sequenzierung

HZL-Panel

lymphatisches Panel

BRAF

IGHV-Mutationsstatus

Einzelmarker bitte angeben: _____

Splenisches Marginalzonen-Lymphom (SMZL)

Sequenzierung

SMZL-Panel

lymphatisches Panel

IGHV-Mutationsstatus

Einzelmarker bitte angeben: _____

Lymphoplasmazytisches Lymphom (M. Waldenström)

quantitative Analysen bis 0,01% LOD (z.B. MRD)

MYD88, c.794T>C, p.(Leu265Pro)

CXCR4, c.1025C>G/A, p.(Ser342*)

Sequenzierung

MW-Panel

lymphatisches Panel

MYD88

CXCR4

Einzelmarker bitte angeben: _____

Follikuläres Lymphom (FL)

Fusionsgene, qualitativ

IGH::BCL2 [t(14;18)(q32;q21)]

Sequenzierung

FL- Panel

lymphatisches Panel

IGHV-Mutationsstatus

Einzelmarker bitte angeben: _____

Mantelzelllymphom (MCL)

Fusionsgene, qualitativ

CCND1::IGH [t(11;14)(q13;q32)]

Sequenzierung

MCL- Panel

lymphatisches Panel

IGHV-Mutationsstatus

Einzelmarker bitte angeben: _____

Diffus-großzelliges B-Zell-Lymphom, NOS (DLBCL)

Fusionsgene, qualitativ

Screening auf Fusionsgene

Sequenzierung

DLBCL-Panel

lymphatisches Panel

Einzelmarker bitte angeben: _____

Plasmazellmyelom (Multiples Myelom, Plasmozytom)

Sequenzierung

MM-Panel

lymphatisches Panel

Einzelmarker bitte angeben: _____

REIFE T- UND NK-ZELL-NEOPLASMIEN

T-Zell Leukämie mit großen granulären Lymphozyten (T-LGLL)

Sequenzierung

T-LGLL-Panel

lymphatisches Panel

STAT3

STAT5B

Einzelmarker bitte angeben: _____

T-Zell-Leukämie/Lymphom

Sequenzierung

T-Zell-Panel

lymphatisches Panel

Einzelmarker bitte angeben: _____

MYELOISCHE NEOPLASMIEN MIT ASSOZIIERTER KEIMBAHNPRÄDISPOSITION

(Einwilligungserklärung gemäß GenDG erforderlich)

Myeloische Neoplasien mit Keimbahnprädisposition ohne eine vorbekannte Erkrankung oder Organdysfunktion

Sequenzierung

- CEBPA (CEBPA-assoziierte AML)
- DDX41
- TP53 (Li-Fraumeni-Syndrom)

Myeloische Neoplasien mit Keimbahnprädisposition und vorbekannten Erkrankungen der Thrombozyten

Sequenzierung

- RUNX1 (familiäre Plättchenerkrankung mit assoziierter myeloischer Erkrankung, FPD-MM)
- ANKRD26 (Thrombozytopenie 2)
- ETV6 (Thrombozytopenie 5)

Myeloische Neoplasien mit Keimbahnprädisposition und potentieller Organdysfunktion

Sequenzierung

- GATA2 (GATA2-Defizienz)
- Syndrome mit Knochenmarkversagen
(ADH5, ALDH2, DNAJC21, EPCAM, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, SRP72, TP53, XPC)
- schwere kongenitale Neutropenie / SCN
(ELANE, G6PC3, GFI1, HAX1, JAGN1, VSP45)
- Shwachman-Diamond-Syndrom (SDS)
(DNAJC21, EFL1, SBDS, SRP54)
- Fanconi-Anämie
(BRCA1, BRCA2, BRIP1, ERCC4, FANCA, FANCB, FANCC, FANCD2, FANCE, FANCF, FANCG, FANCI, FANCL, FANCM, MAD2L2, PALB2, RAD51, RAD51C, RFW3, SLX4, UBE2T, XRCC2)
- Telomeropathien / Dyskeratosis congenita
(ACD, CTC1, DKC1, MDM4, NHP2, NOP10, NPM1, PARN, RTEL1, TERC, TERT, TINF2, WRAP53)
- RASopathien (Neurofibromatose Typ 1 (NF1), CBL-Syndrom (CBL), Noonan-Syndrom (PTPN11, NRAS, KRAS))
- SAMD9 (MIRAGE-Syndrom)
- SAMD9L (SAMD9L-verwandtes Ataxie-Panzytopenie-Syndrom)
- BLM, biallelisch (Bloom Syndrom)

LABORDIAGNOSTIK

Unser Basislabor in Martinsried bietet Ihnen ergänzend ein umfassendes Portfolio an weiterer Labordiagnostik an.

Eine komplette Liste aller im Labor anforderbaren Analysen finden Sie unter www.medicover-diagnostics.de



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG GEMÄß GENDIAGNOSTIKGESETZ (GenDG)

Mit meiner nachstehenden Unterschrift erkläre ich, dass ich

- von meinem behandelnden Arzt/behandelnden Ärztin über Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung gemäß GenDG aufgeklärt wurde
- ausreichend Gelegenheit hatte, offene Fragen zu besprechen
- mit der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial (Blut, Gewebe, bei Pränataldiagnostik Chorionzotten bzw. Fruchtwasser) einverstanden bin
- mit der Durchführung der genetischen Untersuchung zur Klärung der in Frage stehenden Indikation/Diagnose/Verdacht einverstanden bin

Ich erkläre außerdem meine Einwilligung zu nachstehenden Punkten: Ich bin damit einverstanden, dass ich

- mit der Auswertung zusätzlicher Gene der gleichen Indikationsgruppe im Rahmen der Forschung einverstanden bin Ja
- mit der Aufbewahrung des verbleibenden Probenmaterials nach Abschluss der Untersuchung einverstanden bin, jedoch keinen Anspruch auf Aufbewahrung erhebe Ja
- mein Probenmaterial und ggf. die DNA-Sequenzinformation anonymisiert für die Qualitätssicherung und wissenschaftliche Fragen zur Verfügung stelle Ja
- keine Einwände gegen eine Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Publikationen habe Ja
- der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über die gesetzlich vorgeschriebene Dauer von 10 Jahren hinaus zustimme, jedoch keinen Anspruch darauf erhebe Ja
- der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags oder Teilen davon - falls erforderlich - an ein medizinisches Kooperationslabor zustimme Ja

Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass

- ich die Analyse jederzeit stoppen und die Vernichtung der bis dahin erzielten Ergebnisse verlangen kann
- ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann
- ich die bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs entstandenen Kosten in vollem Umfang übernehme
- die genetische Untersuchung und Begutachtung sich nur auf die angeforderte Indikation bezieht und keine Aussagen über andere Erkrankungen getroffen werden

Aufklärung zu Zufallsbefunden: In seltenen Fällen können medizinische Erkenntnisse gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit diesem Untersuchungsauftrag stehen, die aber nach aktuellem Wissenstand (gemäß Empfehlungen des American College of Medical Genetics and Genomics, ACMG) eine Behandlungskonsequenz für mich oder meine Familie haben.

Über derartige Zufallsbefunde möchte ich informiert werden: Ja (kein Anspruch auf Vollständigkeit) Nein (keine Auswahl wird als „Nein“ gewertet)
In bestimmten Fällen müssen solche Befunde von einem/einer Facharzt/Fachärztin für Humangenetik besprochen werden und können nicht von der verantwortlichen ärztlichen Person mitgeteilt werden.

*Prädiktive Diagnostik darf gemäß GenDG nur durch Fachärzt:innen für Humangenetik oder andere Ärzt:innen, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben, beauftragt werden (GenDG, §7,1).

Im Falle prädiktiver genetischer Diagnostik bestätige ich hiermit, als behandelnde:r Arzt / Ärztin, dass ich die gemäß GenDG notwendige Qualifikation aufweise.

Ort, Datum

X _____
Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in

X _____
Unterschrift verantwortliche ärztliche Person

Name der verantwortlichen ärztlichen Person in Druckbuchstaben

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG – BEHANDLUNGSVERTRAG (PRIVATVERSICHERTE)

Hiermit bestätige ich die Kostenübernahme der beauftragten Leistungen, gegebenenfalls zuzüglich Auslagen nach §10 GOÄ. Im Falle einer Ablehnung der Kostenerstattung müssen die Ansprüche von mir gegenüber meinem Kostenträger selbst durchgesetzt werden.

Unser Abrechnungs-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: info@medicover-diagnostics.de.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG – IGeL (INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLAISTUNG)

Es ist mir bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt. Mir ist bekannt, dass für diese Leistung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen kein Erstattungsanspruch besteht. Ich beauftrage dennoch die oben genannten Leistungen. Hiermit bestätige ich die Kostenübernahme der beauftragten Leistungen, gegebenenfalls zuzüglich Auslagen nach §10 GOÄ.

Unser Abrechnungs-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: info@medicover-diagnostics.de.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in

TRÄGERGESELLSCHAFTEN

[1] Genetik Berlin-Lichtenberg GmbH

Trägersellschaft der Medicover
Humangenetik Berlin-Lichtenberg MVZ
und der Medicover Humangenetik
Berlin-Friedrichsfelde MVZ

[2] MVZ Humangenetik Köln GmbH

Trägersellschaft des MVZ
Humangenetik Köln

[3] MVZ Martinsried GmbH

Trägersellschaft des MVZ Martinsried

ADRESSE FÜR PROBENZUSENDUNG

BITTE WÄHLEN SIE EINEN DER DREI UNTEN STEHENDEN LABORSTANDORTE FÜR DIE PROBENZUSENDUNG AUS:

MVZ Berlin-Lichtenberg^[1]

Plauer Str. 163-165, Haus N
13053 Berlin
GERMANY

Tel.: +49 30 92090727

Fax: +49 30 92090741

www.medicover-diagnostics.de

info@medicover-diagnostics.de

MVZ Humangenetik Köln^[2]

Josef-Haubrich-Hof 3-5
50676 Köln
GERMANY

Tel.: +49 221 888478-20

Fax: +49 221 888478-19

www.medicover-diagnostics.de

info@medicover-diagnostics.de

MVZ Martinsried^[3]

Lochhamer Str. 29
82152 Martinsried
GERMANY

Tel.: +49 89 895578-0

Fax: +49 89 895578-780

www.medicover-diagnostics.de

info@medicover-diagnostics.de

GENETISCHE FACHARZTPRAXEN

UNSERE STANDORTE FÜR GENETISCHE BERATUNG:

Augsburg^[3]

Armenhausgasse 18
86150 Augsburg
Terminvereinbarung Tel.: +49 821 5145-01

Berlin-Friedrichsfelde^[1]

Rosenfelder Straße 15-16
10315 Berlin
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 5779871-2

Berlin-Lichtenberg^[1]

Rosenfelder Straße 15-16
10315 Berlin
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 5779871-2

Berlin-Westend^[1]

Spandauer Damm 130
14050 Berlin
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 3035566-6

Hannover^[1]

Podbielskistr. 122
30177 Hannover
Terminvereinbarung Tel.: +49 511 96540-0

Kempten (Zweigstelle Martinsried)^[3]

Robert-Weixler-Str. 50
87439 Kempten
Terminvereinbarung Tel.: +49 89 895578-0

Köln^[2]

Josef-Haubrich-Hof 3-5
50676 Köln
Terminvereinbarung Tel.: +49 221 888478-0

Martinsried^[3]

Lochhamer Str. 29
82152 Martinsried
Terminvereinbarung Tel.: +49 89 895578-0

UNSERE PARTNERPRAXEN:

Berlin-Mitte

Hausvogteiplatz 3-4 2. OG
10117 Berlin-Mitte
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 2063300-0

München-Ost

Orleansplatz 3
81667 München
Terminvereinbarung Tel.: +49 89 458556-12

Potsdam

Friedrich-Ebert-Straße 33
14469 Potsdam
Terminvereinbarung Tel.: +49 30 585838-430