

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

Erkrankung (obligat auszufüllen!): \_\_\_\_\_

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

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

Besondere Fragestellung:

- Multiples Myelom u.a. (Zellseparation CD138+)
- CLL (Zellstimulation DSP30/IL2)
- 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"/> VEXAS UBA1 (Exon 3)
--

<input type="checkbox"/> MRD (Verlaufskontrolle bei bekannter Mutation, nicht akkreditiert) <b>Bitte fügen Sie bei auswärtigen Befunden eine Kopie des molekulargenetischen Befundes bei!</b> Gen(e): _____
---

**Direktorin des Instituts**

Univ.-Prof. Dr. med. D. Wiczorek  
 Tel.: (0211) 81-06795 / 06796  
 Fax: (0211) 81-06083  
 e-mail: [humangenetik@med.uni-duesseldorf.de](mailto:humangenetik@med.uni-duesseldorf.de)

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

**Bitte Expressversand!**

[www.uniklinik-duesseldorf.de/humangenetik](http://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](mailto: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](mailto:barbara.hildebrandt@med.uni-duesseldorf.de)

Frau Dr. rer. nat. B. Betz

☎ (0211) 81-06785

e-mail: [beate.betz@med.uni-duesseldorf.de](mailto:beate.betz@med.uni-duesseldorf.de)

