

**MEDIZINISCHE FAKULTÄT  
HUMANGENETIK**

Gebäude MA5/142  
Universitätsstr. 150, 44801 Bochum

**PROF. DR. MED. JÖRG T. EPPLEN**

Dr. med. S. Wiczorek  
Fon +49 (0)234 32-25600  
Fax +49 (0)234 32-14196  
stefan.wiczorek@rub.de  
www.rub.de/mhg

**Einverständniserklärung zur umseitig angeforderten genetischen Diagnostik**

1) Mit meiner umseitigen Unterschrift erkläre ich mich nach ausreichender Bedenkzeit damit einverstanden, dass mir / meinem Kind / der von mir betreuten Person

.....  
(Name und Geburtsdatum in Druckschrift)

entnommenes Blut und/oder Knochenmark (bzw. Gewebe) auf genetische Veränderungen zur Abklärung des umseitig genannten Krankheitsbilds / genetischen Risikos untersucht wird. Ebenso erkläre ich, dass ich über die Möglichkeiten und Grenzen der angeforderten Untersuchungen sowie über die Konsequenzen, die sich aus dem Befund ergeben, aufgeklärt worden bin. Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren. Über die Möglichkeit einer genetischen Beratung wurde ich informiert.

2) Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass sich Befunde ergeben können, die nicht mit der eigentlichen Fragestellung in Zusammenhang stehen (z.B. konstitutionelle Aberrationen). Ich möchte über derartige Zufallsbefunde informiert werden:

- Nein
- Ja

3) Meine Angaben und die Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung, auf meine Anforderung hin, an andere Personen (Familienangehörige oder weitere behandelnde Ärzte) weitergegeben. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass die Ergebnisse der Untersuchungen in Papierform sowie in elektronischer Form über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren hinaus gespeichert/aufbewahrt und ggf. in pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke genutzt/publiziert werden dürfen.

Diese Einwilligungserklärung ist jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise widerrufbar, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

Nicht zutreffende Passagen können gestrichen werden.

# Begutachtungsauftrag Tumorzytogenetik

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versichertennummer			Status		
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Versand an: **Ruhr-Universität**  
**Humangenetik**  
**Dr. med. Wiczorek**  
**MA5/135**  
**Universitätsstr. 150**  
**44801 Bochum**

Absender: .....

**Art der Probe:**  Knochenmark  
 peripheres Blut  
 anderes: .....

**Diagnose:** .....  
 Erstdiagnose    (V.a.) Rezidiv    Verlaufskontrolle

**Entnahme am:** ...../...../201.....  
**um:** .....h.....min

**ggf. zytogenetische Vorbefunde:** .....  
**ggf. bisherige Therapie:** .....

**Auftrag zur Durchführung einer**  
**O Chromosomenuntersuchung** aus **HEPARIN-Blut/KM** (konventionelle Karyotypisierung)

**FISH-Analysen** (Sonden, die bei einer Verdachtsdiagnose nicht untersucht werden sollen, bitte streichen):

- CML** t(9;22)(BCR/ABL); 17p-Deletion (17p13/TP53)
- CLL** 17p-Deletion (17p13/TP53), 11q-Deletion (ATM), Trisomie 12(GLI-Lokus); 13q14-Deletion (DLEU); 6q21-Deletion, IGH-Translokations-Screen (14q32); ggf. t(14;18)(IGH/BCL2); t(11;14)(IGH/CCND1)
- AML** t(8;21)(AML/ETO); t(15;17)(PML/RARA); t(11q23)(MLL); inv(16)(CBFB); 13q14-Deletion (DLEU); t(6;9)(DEK;NUP214); MDS-FISH-Set (s.u.)
- ALL** t(9;22)(BCR/ABL); t(11q23)(MLL); ETV6-Translokations-Screen (12p13)
- MDS** 5q-Deletion (5q31, 5q33); 7q-Deletion (7q22, 7q36); 20q-Deletion(20q12); 17p-Deletion (17p13/TP53); 3q26-Rearrangements (EVI1), ETV6-Translokations-Screen (12p13)
- MM/Plasmozytom** 13q14-Deletion (DLEU); 17p-Deletion (17p13/TP53); IGH-Translokations-Screen (14q32); ggf. t(11;14)(IGH/CCND1) Trisomie 5,9,11,15 (die FISH-Analyse erfolgt nach Anreicherung CD138+ Zellen)
- Lymphom** IGH-Translokations-Screen (14q32); ggf. t(14;18)(IGH/BCL2); 11q-Deletion (ATM); 17p-Deletion (17p13/TP53); 13q14-Deletion (DLEU); 6q21-Deletion; t(11;14)(IGH/CCND1) bei V.a. Mantelzell-Lymphom; t(8;14)(MYC/IGH) bei V.a. Burkitt-Typ
- MPS** t(9;22)(BCR/ABL); 20q-Deletion(20q12); 17p-Deletion (17p13/TP53); ETV6-Translokations-Screen (12p13)
- ggf. andere Sonden** (nur nach telef. Rücksprache 0234-322 5600): .....

**O Molekulargenetik** aus **EDTA-Blut/KM:** Mutation V617F im JAK2 Gen bei V.a. MPS

**Einverständniserklärung:** Ich wurde über die o.g. Untersuchung ausreichend aufgeklärt. Die Erläuterungen auf der Vorderseite habe ich verstanden und bin mit der o.g. Untersuchung einverstanden. Nicht zutreffende Passagen sind gestrichen.

.....  
 Ort, Datum      Name und Unterschrift

**Abrechnung :**    anfordernde Klinik    Privat (bitte Rechnungsadresse angeben)    Überweisungsschein (Muster 10)

..... (.....)...../.....  
**Ort, Datum**      **Unterschrift des anfordernden Arztes**      **Name in Druckbuchstaben**      **Telefon**      **/Fax**

**Hinweise zur Probe:** Knochenmark: ≥ 3ml (bei Plasmozytom ≥ 5ml); Blut ≥ 10ml (Blastenanteil sollte über 10% liegen)  
 Als Antikoagulanzen unbedingt Li-Heparin verwenden! (außer für Molekulargenetik bzgl. JAK2; hier EDTA)  
 Versand (z.B. in der Abnahmespritze) ungekühlt, per Bote direkt nach Abnahme.