

Name, Vorname des Versicherten			geb. am		
Adresse					
Kassennr.	Versichertennr.		Status		
Vertragsartnr.	VK gültig bis		Datum		

## Onkogenetischer Untersuchungsantrag der AML BFM Studien/Register



Ambulanzzentrum der MHH GmbH  
Institut für Humangenetik  
Direktorin Prof. Dr. med. Brigitte Schlegelberger  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
[www.mhh.de/zellpathologie.html](http://www.mhh.de/zellpathologie.html)



**Tel.: 0511/532-4515/4516, FAX: 0511-532-4519** (Materialannahme: Montag – Freitag 8 – 16 Uhr, Samstag 8 – 12 Uhr)

Material:  10 ml Heparin-Knochenmark  10 ml Heparin-Blut

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

Anamnese:  Initial  Rezidiv  nach SZT  MRD  \_\_\_\_\_

Blasten im Knochenmark: \_\_\_\_\_ % Blasten im peripheren Blut: \_\_\_\_\_ %

**Zytogenetik mit folg. FISH-Untersuchungen**

**CBFβ/MYH11**

**AML1/ETO**

**MLL-Rearrangement (AF9/AF10)**

**PML-Rarα**

**Trisomie 21-FISH (V.a. M. Down)**

**Molekulargenetik**

**Nach Rücksprache mit der AML-BFM**

**Studienzentrale**

**Befunde werden nachrichtlich verschickt an:**

**Prof. Dr. med. D. Reinhardt, Kooperative AML-BFM-Studienzentrale, Universitätsklinikum Essen**

### Einverständniserklärung gemäß GenDG

#### Einverständnis des Patienten / der Patientin / des gesetzlichen Vertreters

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten tumorgenetischen Untersuchung, der Archivierung, sowie gegebenenfalls Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (pseudonymisiert). Wir erforschen, wie genetische Veränderungen zur Entwicklung von Leukämien und anderen Krebserkrankungen beitragen. (Auch wenn sich -hoffentlich- herausstellt, dass Sie keine ernsthafte Erkrankung haben, sind die Zellen für uns von Nutzen). Ich bin einverstanden, dass die Befunde über die gesetzliche Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass für Abrechnungszwecke ggf. Daten an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.

Ort Datum  
\* nicht Zutreffendes bitte streichen

Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift der/s verantwortlichen Ärztin/Arztes