

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der versicherten Person		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum



SYNLAB Jena Oncoscreen®
 Zweigniederlassung der SYNLAB MVZ Weiden GmbH
 Ernst-Ruska-Ring 15-17 | 07745 Jena, Deutschland
 Postfach 100264, 07702 Jena

Telefon +49 3641 5074-0 | Fax +49 3641 5074-11
 oncoscreen@synlab.com
 www.oncoscreen.com



Barcode
Feld bitte nicht bekleben oder beschriften

Abnahmezeit	Überweisender Arzt (Stempel/Unterschrift)	Abrechnung
Datum: <input type="text" value="T T M M J J"/> Uhrzeit: <input type="text" value="h h m m"/> Geschlecht (m/w/d/x): <input type="checkbox"/> Rückmeldung erwünscht: <input type="checkbox"/> Fax: <input type="checkbox"/> Tel.:	Ort Datum Unterschrift	<input type="checkbox"/> Kasse* <input type="checkbox"/> Privat** <input type="checkbox"/> Klinik** <input type="checkbox"/> Sonstige** *bitte Überweisungsschein/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen 10 beilegen ** bitte Adresse des Rechnungsempfängers angeben

Untersuchungsauftrag: Hämatologische Onkologie

Untersuchungsmaterial

- peripheres Blut:** EDTA Heparin Ausstrich
Knochenmark: Heparin EDTA Ausstrich

Sonstiges:

Diagnose | Fragestellung

Diagnose gesichert Ja Nein

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Myeloproliferative Neoplasie (MPN) | <input type="checkbox"/> Hypereosinophiles Syndrom/ | <input type="checkbox"/> Chronische Lymphatische Leukämie (CLL) |
| <input type="checkbox"/> Chronische Myeloische Leukämie (CML) | Chronische Eosinophile Leukämie (HES/CEL) | <input type="checkbox"/> Akute Lymphatische Leukämie (ALL) |
| <input type="checkbox"/> Polyzythämia Vera (PV) | <input type="checkbox"/> Chronische Myelomonozytäre Leukämie (CMML) | <input type="checkbox"/> Lymphom |
| <input type="checkbox"/> Essentielle Thrombozythämie (ET) | <input type="checkbox"/> Myelodysplastische Neoplasie (MDS) | <input type="checkbox"/> Haarzelleukämie (HZL) |
| <input type="checkbox"/> Primäre Myelofibrose (PMF) | <input type="checkbox"/> Akute Myeloische Leukämie (AML) | <input type="checkbox"/> Plasmazell-Neoplasien
[Multiples Myelom (MM)/Plasmozytom (PL)] |

Sonstige Fragestellungen/Angaben/Differentialdiagnosen:

Krankheitsverlauf/-stadium	Medikation zum Zeitpunkt der Probenentnahme
----------------------------	---

- | | | | |
|--|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Erstdiagnose | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Imatinib | <input type="checkbox"/> Ponatinib |
| <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle | <input type="checkbox"/> Therapiepause | <input type="checkbox"/> Nilotinib | <input type="checkbox"/> Asciminib |
| <input type="checkbox"/> nach KMT | <input type="checkbox"/> Hydroxyharnstoff | <input type="checkbox"/> Dasatinib | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| | <input type="checkbox"/> Interferon | <input type="checkbox"/> Bosutinib | |

Einwilligung zur Datennutzung und zur Durchführung der molekular-/zytogenetischen Untersuchung(en)

Bei fehlender Entscheidung wird von Zustimmung ausgegangen!

Hiermit erkläre ich mich mit der angeforderten Diagnostik aus meiner Blut- oder Knochenmarkprobe einverstanden. Zu diesem Zweck darf meine Probe, inklusive meiner personenbezogenen Daten, an das Labor SYNLAB Jena Oncoscreen weitergeleitet werden. Ja Nein

Die Ergebnisse/das Material des Tests dürfen in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung oder wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden. Ja Nein

Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ort, Datum	Unterschrift Patient(in)/gesetzliche/r Vertreter(in)
------------	--

Ort, Datum	Unterschrift verantwortliche ärztliche Person
------------	---



Anforderungen

		Bitte hier ankreuzen	Komplett-Diagnostik bei spezifischer Fragestellung														
			ALL	AML	CLL	CML	HES/CEL	ET	HZL	Lymphom	MDS	MDS/MPN/CMML	MM/PL	PMF	PV	Sonst. MPN	Syst. Mast
Einzel-Diagnostik		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikroskopie	Differentialzellbild ^(1/7)	<input type="checkbox"/>															
	Knochenmark-Zytologie ⁽²⁾	<input type="checkbox"/>															
FACS	Immunphänotypisierung ⁽³⁾	<input type="checkbox"/>															
PCR / Sanger Sequenzierung	<i>BCR::ABL</i> Typisierung/Quantifizierung/ ggf. Verlaufskontrolle ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/>															
	<i>BCR::ABL</i> Mutationen bei Therapieresistenz ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/>															
	<i>PRV-1</i> mRNA Expression ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/>															
	<i>JAK2</i> -(p.V617F) Mutation und Quantifizierung ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>															
	<i>JAK2</i> Mutationen Exon 12 ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>															
	<i>CALR</i> Mutationen ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>															
	<i>MPL</i> -(p.W515L/K) Mutation ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>															
	<i>c-KIT</i> -(p.D816V) Mutation ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>															
	<i>FIP1L1::PDGFRA</i> (Fusion) ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/>															
	<i>BRAF</i> -(p.V600E) Mutation ⁽⁶⁾	<input type="checkbox"/>															
	<i>IGHV</i> Status ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/>															
	<i>MYD88</i> -(p.L265P) Mutation ⁽⁶⁾	<input type="checkbox"/>															
Next Generation Sequencing (NGS)	<i>TP53</i> Sequenzierung ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>															
	NGS-Panel ⁽¹⁾ enthaltene Gene:	<input type="checkbox"/>															
			ASXL1, BCOR, BIRC3, CBL, CEBPA, DDX41, DNMT3A, ETV6, EZH2, FLT3, GATA2, IDH1, IDH2, JAK2, KIT, KDM6A, KMT2A, KRAS, MPL, NF1, NOTCH1, NPM1, NRAS, PHF6, PRPF8, PTPN11, RUNX1, SETBP1, SF3B1, SRSF2, STAG2, TET2, TP53, U2AF1, WT1, ZRSR2														
Zytogenetik	Karyotypisierung ⁽⁷⁾	<input type="checkbox"/>	FISH-Sonden-/Panel nach spezifischer Fragestellung → siehe separates „Informationsblatt FISH-Diagnostik“														
	FISH ⁽⁸⁾	<input type="checkbox"/>	Empfohlene Untersuchung(en) Optionale Untersuchung(en)														

Sonstige Anforderung(en)/Untersuchung(en):

- | | |
|---|---|
| (1) 2 ml EDTA-Blut peripher
(* zuzüglich 2 Ausstriche; spezifische Objektträger sind bei Oncoscreen anforderbar) | (5) 40 ml EDTA-Blut peripher |
| (2) 5 ml EDTA-KM oder 3 Ausstriche luftgetrocknet | (6) 5 ml EDTA-Blut peripher |
| (3) 5 ml Heparin-KM/EDTA-KM oder EDTA-Blut + 3 Ausstriche luftgetrocknet | (7) bevorzugt 7,5 ml Heparin-KM (100 U/ml) |
| (4) 10 ml EDTA-Blut peripher | (8) 5 ml Heparin-KM/Heparin-Blut peripher, alternativ 5 ml EDTA-KM/EDTA-Blut peripher |

Allgemeine Hinweise zur Diagnostik

- Die Proben für *BCR::ABL*, *PRV1*, *IGHV*, *FIP1L1* Diagnostik, sowie Knochenmark-Zytologie, Immunphänotypisierung, Karyotypisierung und FISH müssen innerhalb von 48 Stunden nach Abnahme unser Labor erreichen.
Materialannahme: PCR/Sequenzierung/Karyotypisierung/FISH: Montag bis Samstag; Durchflusszytometrie: Montag bis Freitag
- Das abgenommene Blut oder Knochenmark bitte bei Raumtemperatur lagern/versenden; auf keinen Fall einfrieren.
- Für eine umfassende Befundung benötigen wir weitere Informationen zum Krankheitsverlauf Ihres Patienten und bitten Sie daher, auf diesem Anforderungs-/Begleitschein möglichst alle relevanten Angaben zu machen.
- Gerne senden wir Ihnen bei Bedarf diesen Anforderungs-/Begleitschein sowie Blutabnahmeröhrchen und Versandmaterial zu (Tel. 03641 50740; Fax 03641 507411). Sie finden den Anforderungs-/Begleitschein auch im Internet unter www.oncoscreen.com.
- Für Patienten der gesetzlichen Krankenkassen müssen diese Diagnostiken über einen Überweisungsschein/Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen 10 als EBM-Leistung angefordert werden. Auf dem Überweisungsschein muss die Diagnose angegeben sein. Die molekulargenetischen Untersuchungen (NGS) sowie die Karyotypisierung und FISH-Diagnostik belasten nicht Ihr Laborbudget.