

Laboruntersuchungsauftrag

Direktorin der Klinik für Innere Medizin II
Prof. Dr. med. Claudia Baldus
Sektionsleitung
Prof. Dr. med. Monika Brüggemann

hik@uksh.de
Tel: +49 431 500 24970
Fax: +49 431 500 24974

www.uksh.de/haematologielabor-kiel

Patientendaten

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ m w d

Adresse: _____

Probenentnahme

Datum: _____ Uhrzeit: _____:

Material	<input type="checkbox"/> Ausstriche	<input type="checkbox"/> Blut	Antikoagulans
<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> KM-Aspirat	<input type="checkbox"/> EDTA	<input type="checkbox"/> Heparin
<input type="checkbox"/> Ergussmaterial	<input type="checkbox"/> KM-Trepanat	<input type="checkbox"/> Citrat	<input type="checkbox"/> nativ
<input type="checkbox"/> Biopsat: _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		

Aktueller Untersuchungs-Zeitpunkt

Erstdiagnose*	Rezidiv*	<input type="checkbox"/> Verlauf
<input type="checkbox"/> Verdacht	<input type="checkbox"/> Verdacht	
<input type="checkbox"/> gesichert	<input type="checkbox"/> gesichert	* ggf. Tumorzellanteil angeben

Klinische Angaben	Therapie
Blasten KM _____ %	Chemotherapie: _____
Blasten Blut _____ %	wann zuletzt: _____
Leukozyten _____ / μ l	
Hämoglobin _____ g/dl	Antikörper- bzw. Immuntherapie
Thrombozyten _____ / μ l	mit (CD19/20/22/33/38/52)
	bitte spezifizieren:
Zelluläre Therapie / Transplantation	
<input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> allogener Tx	
<input type="checkbox"/> nach <input type="checkbox"/> CAR-T	TK-Inhibition: _____

Fragestellung: _____

Anforderung Allgemein

Zytomorphologie
je 8 luftgetrocknete, unfixierte, ungefärbte Blut- und KM-Ausstriche, Blut, KM-Aspirat, Erguss (Citrat, EDTA), Zytopsin-Präparate oder Liquor

Durchflusszytometrie
10 ml Heparin- oder EDTA-Blut / KM, < 48h Transportzeit

Hämatologische Neoplasien

Initialdiagnostik / Rezidiv Staging

FLOW-MRD / Verlauf Fragestellung: _____

PNH-Diagnostik 5 ml EDTA-Blut, Eingang < 24h

Immunstatus 5 ml EDTA-Blut, Eingang < 24h

Molekulargenetik
10 ml EDTA-Blut / KM, < 48h Transportzeit
bitte Seite 2-3 ausfüllen

Einsender (Stempel)

Tel. _____ FAX _____

Ja Befundübermittlung vorab per FAX gewünscht ?
 Nein (FAX-Gerät muss vor Fremdzugriff geschützt sein)

Abrechnung

GKV	Privat
<input type="checkbox"/> Ü-Schein ambulant (siehe Seite 3)	<input type="checkbox"/> ambulant
<input type="checkbox"/> §116b EBM-Rechnung an Klinik	<input type="checkbox"/> stationär
<input type="checkbox"/> stationär GOÄ-Rechnung an Klinik	<input type="checkbox"/> KVB / Post B / Beihilfe / BW

Diagnose

<input type="checkbox"/> Akute Leukämie	<input type="checkbox"/> Reife B-Zell-Neoplasie
<input type="checkbox"/> B-Linien-ALL	<input type="checkbox"/> CLL
<input type="checkbox"/> T-Linien-ALL	<input type="checkbox"/> DLBCL
<input type="checkbox"/> AML	<input type="checkbox"/> Burkitt Lymphom / Leukämie
<input type="checkbox"/> MDS	<input type="checkbox"/> Follikuläres Lymphom
<input type="checkbox"/> MPN	<input type="checkbox"/> Haarzell-Leukämie
<input type="checkbox"/> CML <input type="checkbox"/> CNL	<input type="checkbox"/> Mantelzell-Lymphom
<input type="checkbox"/> ET <input type="checkbox"/> CEL	<input type="checkbox"/> Morbus Waldenström
<input type="checkbox"/> PMF <input type="checkbox"/> JMML	<input type="checkbox"/> Multiples Myelom
<input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> MPN NOS	<input type="checkbox"/> Anderes: _____
<input type="checkbox"/> CMML	
<input type="checkbox"/> Mastozytose	
<input type="checkbox"/> Aplastische Anämie	<input type="checkbox"/> Reife T-Zell-Neoplasie:
<input type="checkbox"/> PNH	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

Hiermit beauftrage ich die Untersuchung
durch das Labor bzw. von diesem beauftragte Kooperationspartner. Der Patient / die Patientin ist mit der Digitalisierung der Patientenakte durch ein zertifiziertes Dienstleistungsunternehmen sowie mit der Archivierung einverstanden. Teile im Text ggf. streichen, bitte denken Sie an die Patienten-Unterschrift auf Seite 3.

Ort, Datum, Unterschrift anfordernde(r) Ärztin/Arzt _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Akute lymphatische Leukämie

- Primär-/Rezidivmaterial:** Screening auf IG/TR-MRD-Marker*
- Verlaufsuntersuchung:** klonspezifische IG/TR-MRD-Analyse
- BCR::ABL1* qualitativ / Screening
- BCR::ABL1* quantitativ / MRD-Analyse
- ABL1*-Mutationsanalyse
- Transkriptomsequenzierung (nicht akkreditiert)
- Panel-Sequenzierung zur Mutationsdiagnostik (EuroClonality NDC-Panel)
- Liste der Einzelgene siehe Seite 3
- * bitte Tumorzellanteil im eingesandten Material angeben

Reife B-Zell-Neoplasien

- B-Zell-Klonalität (qualitative PCR)
- Primär-/Rezidivmaterial: Screening auf IG-MRD-Marker
- Verlaufsuntersuchung: klonspezifische IG-MRD-Analyse
- IGH::CCND1* t(11;14)
- IGH::BCL2* t(14;18)
- TP53*
- BRAF*
- CXCR4*
- MAP2K1*
- MYD88*
- IGHV*-Mutationsstatus
- Panel-Sequenzierung zur Mutationsdiagnostik (EuroClonality NDC-Panel)
- Liste der Einzelgene siehe Seite 3

Morbus Waldenström

- Panel**
- CXCR4*
- MYD88*

Multiplres Myelom

- Panel**
- BRAF*
- KRAS/NRAS*
- TP53*

Haarzell-Leukämie

- Panel**
- BRAF*
- IGHV*
- KLF2*
- MAP2K1*

Mastozytose

- Panel**
- ASXL1*
- KRAS/NRAS*
- RUNX1*
- SRSF2*
- KIT* Asp816Val (D816V) (quantitativ)
- bei *KIT* D816V-Negativität:
 KIT Gesamt-Sequenzierung

Chronische lymphatische Leukämie

- IGHV*-Mutationsstatus
- TP53*
- Prognostisches Panel
- BIRC3*
- NOTCH1*
- SF3B1*
- TP53*
- BCL2*-Mutationsanalyse
- Ibrutinib-Resistenz
- BTK*
- PLCG2*

Reife T-Zell-Neoplasien

- T-Zell-Klonalität (qualitativ)
- Primär-/Rezidivmaterial: Screening auf TR-MRD-Marker
- Verlaufsuntersuchung: klonspezifische TR-MRD-Analyse
- STAT3/STAT5B* (T- / NK-LGL-Leukämie)

Zelluläre Therapien

- Chimärismusanalyse**
- vor allogener Transplantation
- Spendermaterial XX XY Nr: _____
- nach allogener Transplantation: verwandt Fremd-Spender
Tage / Jahre _____
- CAR-T-Zell-Monitoring:** nach CAR-T, Tag _____
- Tisagenlecleucel Brexucabtagen-Autoleucel
- Axicabtagen-Ciloleucel Lisocabtagen-Maraleucel
- Idecabtagen-Vicleucel _____

Akute Myeloische Leukämie

- AML-Screening**
- FLT3* ITD (Exon 14/15)
- FLT3* Asp835 (D835)
- IDH1* Arg132Cys (R132C)
- IDH1* Arg132His (R132H)
- IDH2* Arg140Gln (R140Q)
- IDH2* Arg172Lys (R172K)
- KIT* Asp816Val (D816V)
- NPM1* Exon 12 Insertion
- AML-Panel** (WHO / ICC 2022)
- ASXL1*
- BCOR*
- CEBPA*
- DNMT3A*
- DDX41*
- EZH2*
- FLT3*
- IDH1*
- IDH2*
- JAK2*
- KIT*
- NPM1*
- RUNX1*
- SF3B1*
- SRSF2*
- STAG2*
- TP53*
- U2AF1*
- ZRSR2*
- AML-typische Fusionsgene**
- Liste der Fusionsgen-Transkripte
siehe Seite 3
- MRD-Diagnostik** (quantitative PCR)
- NPM1* Typ _____ (bitte Typ angeben)
- KIT* Asp816Val (D816V)
- BCR::ABL1*
- Einzelgen-NGS-MRD-Diagnostik**
Bitte gewünschte Marker angeben, Liste der Einzelgene auf Seite 3.
Bei Ersteinsendung / Verlauf und externer Initialdiagnostik bitte
Befundkopie beilegen.

Myelodysplastisches Syndrom/CMML

- MDS-Panel**
- ASXL1*
- BCOR*
- CBL*
- DNMT3A*
- ETV6*
- EZH2*
- FLT3*
- IDH1*
- IDH2*
- KRAS*
- NPM1*
- NRAS*
- RUNX1*
- SF3B1*
- SRSF2*
- STAG2*
- TP53*
- U2AF1*
- ZRSR2*
- CMML-Panel** (WHO / ICC 2022)
- ASXL1*
- CBL*
- DNMT3A*
- ETV6*
- EZH2*
- IDH1*
- IDH2*
- JAK2*
- KIT*
- KRAS*
- NPM1*
- NRAS*
- RUNX1*
- SETBP1*
- SF3B1*
- SRSF2*
- TET2*
- TP53*
- U2AF1*
- ZRSR2*

Aplastische Anämie

- BCOR*
- PIGA*

Myeloproliferative Neoplasien

- BCR::ABL1***
- MPN-Basis-Panel** (Stufendiagnostik)
- JAK2* Val617Phe (V617F)
- JAK2* Exon 12
- CALR*
- MPL* Trp515Leu/Lys (W515L/K) / Ser505Asn (S505N)
- bei **Triple-Negativität NGS-Panelsequenzierung:**
ASXL1, CBL, DNMT3A, EZH2, IDH1, IDH2, JAK2, KRAS, NRAS, MPL, SF3B1, SRSF2, TET2, TP53, U2AF1, ZRSR2
- Prognostisches Panel**
- ASXL1*
- EZH2*
- IDH1*
- IDH2*
- SF3B1*
- SRSF2*
- TP53*
- U2AF1*

Chronische myeloische Leukämie

- BCR::ABL1* t(9;22) qualitativ (Screening)
- BCR::ABL1* t(9;22) quantitativ (MRD-Verlaufsanalyse)
- ABL1*-Mutationsanalyse (TKI-Resistenz ab mind. 0,1% MRD)
- Angabe TKI: _____

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Einzelgen-Auswahl:

- | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ABL1* | <input type="checkbox"/> BTG1* | <input type="checkbox"/> CDKN2B* | <input type="checkbox"/> EP300* | <input type="checkbox"/> H1-3* | <input type="checkbox"/> JAK2* | <input type="checkbox"/> MPL | <input type="checkbox"/> PHF6* | <input type="checkbox"/> SAMHD1* | <input type="checkbox"/> TENT5C* |
| <input type="checkbox"/> ARID1A* | <input type="checkbox"/> BTK* | <input type="checkbox"/> CDKN2C* | <input type="checkbox"/> ERG* | <input type="checkbox"/> H1-4* | <input type="checkbox"/> JAK3* | <input type="checkbox"/> MYC* | <input type="checkbox"/> PIGA | <input type="checkbox"/> SETBP1 | <input type="checkbox"/> TET2* |
| <input type="checkbox"/> ASXL1* | <input type="checkbox"/> CALR | <input type="checkbox"/> CEBPA | <input type="checkbox"/> ETNK1 | <input type="checkbox"/> H1-5* | <input type="checkbox"/> KIT* | <input type="checkbox"/> MYD88* | <input type="checkbox"/> PIK3CA* | <input type="checkbox"/> SF3B1* | <input type="checkbox"/> TNFAIP3* |
| <input type="checkbox"/> ATM* | <input type="checkbox"/> CARD11* | <input type="checkbox"/> CREBBP* | <input type="checkbox"/> ETV6 | <input type="checkbox"/> ID3* | <input type="checkbox"/> KLF2* | <input type="checkbox"/> NFKBIE* | <input type="checkbox"/> PLCG1* | <input type="checkbox"/> SOCS1* | <input type="checkbox"/> TP53* |
| <input type="checkbox"/> B2M* | <input type="checkbox"/> CBL | <input type="checkbox"/> CSF3R | <input type="checkbox"/> EZH2* | <input type="checkbox"/> IDH1* | <input type="checkbox"/> KMT2D* | <input type="checkbox"/> NOTCH1* | <input type="checkbox"/> PLCG2* | <input type="checkbox"/> SRSF2 | <input type="checkbox"/> TRAF2* |
| <input type="checkbox"/> BCL2* | <input type="checkbox"/> CCND1* | <input type="checkbox"/> CXCR4* | <input type="checkbox"/> FAT1* | <input type="checkbox"/> IDH2* | <input type="checkbox"/> KRAS* | <input type="checkbox"/> NOTCH2* | <input type="checkbox"/> POT1* | <input type="checkbox"/> STAG2 | <input type="checkbox"/> TRAF3* |
| <input type="checkbox"/> BCOR | <input type="checkbox"/> CCND3* | <input type="checkbox"/> DDX41 | <input type="checkbox"/> FBXW7* | <input type="checkbox"/> IKZF1* | <input type="checkbox"/> MAP2K1* | <input type="checkbox"/> NPM1 | <input type="checkbox"/> PTEN* | <input type="checkbox"/> STAT3* | <input type="checkbox"/> U2AF1 |
| <input type="checkbox"/> BCORL1 | <input type="checkbox"/> CD79A* | <input type="checkbox"/> DIS3* | <input type="checkbox"/> FLT3 | <input type="checkbox"/> IL7R* | <input type="checkbox"/> MAP3K14* | <input type="checkbox"/> NRAS* | <input type="checkbox"/> PTPRD* | <input type="checkbox"/> STAT5B* | <input type="checkbox"/> WT1* |
| <input type="checkbox"/> BIRC3* | <input type="checkbox"/> CD79B* | <input type="checkbox"/> DNMT3A* | <input type="checkbox"/> FOXO1* | <input type="checkbox"/> IRF4* | <input type="checkbox"/> MAPK1* | <input type="checkbox"/> NT5C2* | <input type="checkbox"/> RHOA* | <input type="checkbox"/> STAT6* | <input type="checkbox"/> XPO1* |
| <input type="checkbox"/> BRAF* | <input type="checkbox"/> CDKN2A* | <input type="checkbox"/> EGR2* | <input type="checkbox"/> H1-2* | <input type="checkbox"/> JAK1* | <input type="checkbox"/> MEF2B* | <input type="checkbox"/> PAX5* | <input type="checkbox"/> RUNX1* | <input type="checkbox"/> TCF3* | <input type="checkbox"/> ZRSR2 |

* Bestandteil der EuroClonality NDC-Panelsequenzierung (Steward et al., Blood Adv. 2021)

AMLplex: AML-typische Fusionsgene mit 34 Transkriptvarianten

BCR::ABL1	t(9;22) (q34;q11)	e1a2-, b3a2-, b2a2-a3	KMT2A::PTD	part. Tandem-Dupl.	e9-, e10-, e11-e3
CBFB::MYH11	inv(16) (p13;q22)	Typ A-J	NPM1::MLF1	t(3;5) (q25.1;q34)	-
DEK::NUP214	t(6;9) (p23;q34)	-	PICALM::MLLT10	t(10;11) (p13;q14)	MLLT10_240-PICALM_1987, _2092
KMT2A::MLLT4	t(6;11) (q27;q23)	-	PML::RARA	t(15;17) (q22;q21)	bcr1-3
KMT2A::MLLT3	t(9;11) (p22;q23)	6A-8A, 6B	RUNX1::RUNX1T1	t(8;21) (q22;q22)	-
KMT2A::ELL	t(11;19) (q23;p13.1)	e10-e2, e10-e3			

Hinweis zur KV-Abrechnung:

Eine Abrechnung über die KV ist nur in Verbindung mit einem vollständig ausgefüllten Laborschein 10 mit Angabe von Diagnose/Indikation ICD10, mit aktuellem Ausstellungsdatum sowie gewünschter Untersuchung/Ausnahmeziffer möglich. Der Ü-Schein muss von einer Hochschul-Ambulanz oder Arzt/Ärztin mit Ermächtigung und Endung der LANR mit 22, 27, 48 oder 56 ausgestellt sein.

Patienteneinwilligung

Hämatologie Labor Kiel (HLK)

Ich habe mich über die Forschungstätigkeit des HLK anhand des Informationsblattes des HLK zur Datenverarbeitung und der Verwendung von Biomaterial und weiterführender Hinweise auf www.uksh.de/haematologielabor-kiel informiert.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Blut, Knochenmark oder Tumormaterial auf biologische Veränderungen der möglicherweise für die Erkrankung verantwortlichen Gene untersucht wird, um dadurch eine genauere Diagnostik und bessere Beurteilung meiner Erkrankung zu ermöglichen. Überschüssiges Material wird nach Abschluss des Untersuchungsauftrags zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse und Qualitätssicherung sowie für spätere neue Diagnostikmöglichkeiten ggf. über die vorgeschriebene Frist von 10 Jahren aufbewahrt. Nicht verbrauchtes Probenmaterial kann für wissenschaftliche Zwecke gemäß des vom HLK veröffentlichten Informationsblatts verwendet werden. Zur gesetzlich vorgeschriebenen Archivierung werden die probenbezogenen Dokumente durch ein Dienstleistungsunternehmen digitalisiert und mikroverfilmt.

- Hiermit erteile ich zu diesen Punkten meine Einwilligung (Nichtzutreffendes im Text bitte streichen).
- Mit der Durchführung der von meinem Arzt empfohlenen Analysen bin ich einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche Vertretung _____

Name und Kontaktdaten der für die Datenverarbeitung verantwortlichen Person im Hämatologie Labor Kiel und des lokalen Datenschutzbeauftragten des UKSH entnehmen Sie bitte unserer Homepage: www.uksh.de/haematologielabor-kiel

Ihre Rechte:

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung der Daten, auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde:

Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein
Holstenstraße 98, 24103 Kiel

Widerrufsbelehrung:

Sie können Ihre Einwilligung zur Analyse jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen. Sie haben das Recht, Untersuchungsergebnisse nicht zu erfahren (Recht auf Nichtwissen), eingeleitete Untersuchungsverfahren bis zur Ergebnismitteilung jederzeit zu stoppen und ggf. löschen zu lassen. Bereits erfolgte Verarbeitungen Ihrer personenbezogenen Daten, die auf Basis einer wirksamen Einwilligung erfolgt sind, werden vom Widerruf nicht berührt.