

Stempelbereich (Freigabestempel, Eingangsstempel)

**Zuweisende Stelle** (bitte **Stempel**, alternativ Druckschrift)

Name/Klinik: .....  
Abteilung: .....  
Ort: .....  
Telefon: .....

**Kostenträger:**

Zuweisende Stelle  Patient\*in / Sonstiges (Kostenübernahmeerklärung)

**Zuweisende Ärzt\*in**

Name: .....  
Telefon: .....  
E-Mail: .....

**Angaben zur Patient\*in** (bitte **Etikett**, alternativ Druckschrift)

Nachname: .....  
Vorname: .....  
Biologisches Geschlecht:  W  M SVNR/Geburtsdatum: SVNR / tt mm jjjj  
Studie: ..... Studiennr.: .....  
EUPID: .....

**Verdachtsdiagnose**

ALL  AML  CLL  CML  HZL  MDS  MPN  NHL  Multiples Myelom

andere/Anmerkungen: .....

**Material**

PB  KM  anderes: .....

Abnahmedatum: tt mm jjjj Abnahmezeit: hh : mm

**Klinischer Status**

**Diagnosedatum**

tt mm jjjj

Erstdiagnose  Verlauf  Stammzell-  
 Remission  Rezidiv  Spenderin (W)  
 Spender (M)

**Untersuchungen**

- Chromosomenanalyse** (KM/PB-Heparin: 3-5 ml)  **Mutationsanalyse CML/Ph+ ALL – ABL1 TK Domäne** (KM/PB-EDTA: 3-5 ml)
- DEB** (Fanconi, PB-Heparin: 10 ml)  **RT-qPCR** (KM/PB-EDTA: 3-5 ml)
- FISH** (KM/PB-Heparin: 3-5 ml)
- CGH/SNP Array** (KM/PB-Heparin/EDTA: 3-5 ml)
- NGS** (myeloisches Genpanel; KM/PB-EDTA: 2 ml)
- genspezifisches Mutationsscreening** (KM/PB-EDTA: 2 ml)

- JAK2 V617F  KIT D816V  
 JAK2 Exon 12  MYD88 (L265P)  
 CALR  CXCR4  
 MPL  TP53  
 SH2B3  BRAF (V600E)

- ALL**  
 ETV6-RUNX1  
 TCF3-PBX1  
 KMT2A-AFF1 (MLL-AF4)  
 Minor BCR-ABL1 (ALL-typische Variante)  
 Major BCR-ABL1 (CML-typische Variante)  
 SIL-TAL1
- AML**  
 RUNX1-RUNX1T1 (AML-ETO)  
 CBFβ-MYH11  
 PML-RARA  
 KMT2A-MLLT3 (MLL-AF9)  
 Major BCR-ABL1  
 Minor BCR-ABL1
- CML**  
 Major BCR-ABL1 (CML-typische Variante)  
 Minor BCR-ABL1 (ALL-typische Variante)  
 atypische BCR-ABL1 Varianten

**Anmerkungen**

Bearbeitung:  dringend

weitere: .....