



Patientenaufkleber

## ANFORDERUNG

zur Molekulargenetischen Untersuchung und  
Fachhämatologischen Begutachtung

**Einsender, Station:** \_\_\_\_\_, **Datum:** \_\_\_\_\_

**Material:**  Blut (mind. 5-10 ml EDTA)  
 Knochenmark (mind. 5-10 ml EDTA oder Heparin KM)  
 Sonstiges Material \_\_\_\_\_

**Art der Untersuchung:**  Erstuntersuchung  Verlaufsuntersuchung  
 Klinisch V.a. Rezidiv/Progress

**Diagnose:**  V.a.  Gesichert  
 CML  Bcr-Abl neg. MPN  SM  HES/CEL  
 MDS  MDS/MPN Overlap-S.  AML  NHL  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**Klinische Daten:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bisherige Therapie:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vorsitzender des Aufsichtsrates  
Dr. Robert G. Gossink

Vorstandsvorsitzender  
Prof. Dr. med. Thomas H. Ittel

Kaufmännischer Direktor  
Dipl.-Kfm. Peter Asché

Sparkasse Aachen · BIC: AACSD33  
BLZ: 390 500 00 · Kto.: 13 004 015  
IBAN: DE27 3905 0000 0013 0040 15  
Commerzbank AG · BIC: DRESDEFF390  
BLZ: 390 800 05 · Kto.: 203 309 400  
IBAN: DE79 3908 0005 0203 3094 00  
UST-IdNr.: DE813100566

**Klinikdirektor**  
**Univ.-Prof. Dr. med.**  
**Tim H. Brümmendorf**

Stellvertretender Klinikdirektor  
Dr. med. Jens Panse

Universitätsklinikum Aachen  
Anstalt öffentlichen Rechts (AÖR)  
Pauwelsstraße 30  
52074 Aachen

www.med-klinik4.ukaachen.de

### Sekretariat des Klinikdirektors

Marion Adrian  
Lara Schilli  
Tel.: 0241 80-89806  
Fax: 0241 80-82449  
madrian@ukaachen.de  
lschilli@ukaachen.de

### Labor für Hämatologische Diagnostik

Prof. Dr. med. Steffen Koschmieder

### Labor für Molekulare Diagnostik

Dr. rer. nat. Mirle Schemionek  
Tel.: 0241 80-80330/-37228

Prof. Dr. med. Steffen Koschmieder

**ECCA** Euregionales  
comprehensive  
Cancer Center  
Aachen



**DKG** KREBSGESELLSCHAFT  
**Zertifiziertes  
Onkologisches  
Zentrum**

**Klinik für Hämatologie, Onkologie, Hämostaseologie  
und Stammzelltransplantation**

Uniklinik RWTH Aachen · Klinik für Hämatologie, Onkologie, Hämostaseologie und Stammzelltransplantation  
Pauwelsstraße 30 · 52074 Aachen

**Gewünschte Untersuchung**

**Myeloproliferative Neoplasien(MPN):**

CML/Ph+ ALL

- Major Bcr-Abl (quantitativ, im Verlauf)
- Major Bcr-Abl (qualitativ, bei ED)
- Major Bcr-Abl nested PCR (im Verlauf)
- Minor Bcr-Abl (qualitativ)
- Abl Mutationsanalyse (bei Tyrosinkinaseinhibitorresistenz)

Bcr-Abl neg. MPN (PV, ET, MF)

- JAK2, CALR, MPL
- JAK2-Allel-Last

PV-Panel

- JAK2
- ASXL1
- IDH2
- TET2
- RUNX1

ET-Panel

- JAK2
- CALR
- MPL
- CBL
- EZH2
- IDH2
- SF3B1
- SRSF2

PMF/MF-Panel

- JAK2
- ASXL1
- CALR
- EZH2
- MPL
- IDH1
- IDH2
- SRSF2
- U2AF1

Mastozytose/CEL/HES

- FIP1L1-PDGFR (qualitativ)
- KIT-Mutation

**Klinik für Hämatologie, Onkologie, Hämostaseologie  
und Stammzelltransplantation**

Uniklinik RWTH Aachen · Klinik für Hämatologie, Onkologie, Hämostaseologie und Stammzelltransplantation  
Pauwelsstraße 30 · 52074 Aachen

**Myelodysplastisches Syndrom, seltene MPN und Overlap-Syndrome:**

## CMML

- ASXL1     CBL     EZH2     KRAS  
 NRAS     RUNX1     SRSF2     TET2     U2AF1

## Chronische Neutrophilenleukämie

- ASXL1     CSF3R     SETBP1

## aCML

- CBL     CSF3R     ETNK1     SETBP1

## MDS-RS-T

- JAK2     SF3A1     SF3B1     SRSF2     U2AF1

## MDS

- ASXL1     CBL     EZH2     RUNX1  
 SF3B1     TP53     U2AF1

## MDS mit isolierter 5q Aberration

- TP53

## MDS/MPN overlap

- ASXL1     CBL     CALR     CSF3R  
 EZH2     DNMT3A     JAK2     KRAS  
 MPL     NRAS     RUNX1     SETBP1  
 SF3B1     SRSF2     TET2     U2AF1

**Myelodysplastisches Syndrom, seltene MPN, Overlap-Syndrome, AML und NHL:**

## Mutationsdiagnostik (Amplikon-basierte Parallel-Sequenzierung von Hotspot-Regionen)

## Einzelgene

- ABL     ASXL1     BARD     CALR     CBL  
 CEBPA     CHEK2     CSF3R     DNMT3A     ETNK1  
 ETV6     EZH2     IDH1     IDH2     JAK2  
 KIT     KRAS     MPL     NFE2     NRAS  
 PDGFRA     PTPN11     RUNX1     SETBP1     SF3A1  
 SF3B1     SH2B3 (LNK)     SRSF2     TCF12     TET2  
 TP53     U2AF1  
 komplettes Panel

- Eilfall Rücksprache (Tel.: 80330 od. 37228)     Einwilligung MPN Register erfolgt

**Diese Untersuchungen sind zustimmungspflichtig. Bitte Rückseite beachten.**

**Sekretariat des Klinikdirektors**

Marion Adrian  
Lara Schilli  
Tel.: 0241 80-89806  
Fax: 0241 80-82449  
madrian@ukaachen.de  
lschilli@ukaachen.de

**Einverständniserklärung zur Molekulargenetischen Untersuchung,  
Fachhämatologischen Begutachtung und Aufbewahrung des  
Untersuchungsmaterials**

Die bei Ihnen erhobenen Befunde legen nach Einschätzung Ihrer behandelnden Ärzte den Verdacht auf eine Erkrankung im Blut und/oder Knochenmark nahe. Um diese Konstellation genauer abzuklären, wurde Ihnen Blut bzw. Knochenmark (oder anderes Gewebe) entnommen.

Aus dem Material werden je nach Anfrage und individueller Notwendigkeit Nukleinsäuren isoliert und diese auf genetische Veränderungen (Mutationen) speziell in den Blut- oder Knochenmarkszellen hin untersucht. Dabei können bei Ihnen auch angeborene Mutationen festgestellt werden, die für Sie zum jetzigen Zeitpunkt wahrscheinlich ohne Krankheitswert sind, aber entweder in Zukunft für Sie relevant werden und/oder von Bedeutung für Ihre nahen Angehörigen sind. In diesem Falle würden wir eine humangenetische Beratung vorschlagen.

Überschüssiges Material wird zum Zwecke der Nachprüfbarkeit der Ergebnisse bis zu 10 Jahre aufbewahrt. Dieses Material kann auch für die Forschungs- und Entwicklungsarbeit auf dem Gebiet der medizinischen-genetischen Diagnostik eine wichtige Hilfe darstellen. Für diese Zwecke könnte deshalb das Untersuchungsmaterial verwendet werden. Im Falle wissenschaftlicher Untersuchungen und Auswertungen (ggf. zusammen mit wissenschaftlichen Kooperationspartnern) werden Ihre Daten ausschließlich in anonymisierter Form verwendet. Über die Bedeutung und mögliche Konsequenzen dieser Untersuchungen wurden Sie von Ihrem behandelnden Arzt aufgeklärt. Alle Ihre Angaben sowie die Untersuchungsergebnisse unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich wünsche eine Durchführung der von meinem Arzt zur weiteren Abklärung empfohlenen Analysen.  
Ich habe eine Kopie dieser Einverständniserklärung erhalten.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Patienten/-in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient/-in**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname beratende/r Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Ärztin

Ich stimme auch der Verwendung von überschüssigem Untersuchungsmaterial für wissenschaftliche Zwecke und der vorstehenden Datenschutzerklärung zu. Hierzu übertrage ich die Eigentumsrechte an den entnommenen Proben dem Universitätsklinikum Aachen.

Ja [ ]

Nein [ ]

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient/-in**