

# INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE GENETIK UND MOLEKULARE MEDIZIN

**Praxisgemeinschaft Dres. Alexander & Helena Jung**

Paul-Schallück-Str. 8                      50939 K ö l n (Sülz)  
Tel. 0221/942013-0                      Fax 0221/94201331

Email: drjung@online.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einsender
Betreuender Arzt

Privatpatient .....→ Rechnung an Patient	○
Privatpatient .....→ Rechnung an Einsender	○
stationärer Patient.....→ Rechnung an Pflegekostenabteilung	○
amb. Kassenpatient .....→ Überweisung mitsenden	○

Abnahmedatum:	Unterschrift des einsendenden Arztes:
Eingangsdatum:	Labor-Nr.:

## Anforderung zur zytogenetischen Tumordiagnostik

Probenmaterial#	<input type="checkbox"/> Knochenmark <input type="checkbox"/> Peripheres Blut* <input type="checkbox"/> Sonstiges .....
Datum der Probenentnahme:	.....
<input type="checkbox"/> Erstdiagnose	
<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle	
Zytostatika-Behandlung (ggf. Zeitraum angeben):	
<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> nein	

<b>Gewünschte Untersuchung:</b> <input type="checkbox"/> <b>Konventionelle Chromosomenanalyse</b> <input type="checkbox"/> <b>Multi-Colour-FISH</b> (Ganzgenom-Hybridisierung) <input type="checkbox"/> <b>FISH</b> zum Nachweis von ..... ..... <input type="checkbox"/> Ergänzende <b>PCR</b> -Analyse zum Nachweis von <input type="checkbox"/> <b>Philadelphia-Chromosom qualitativ</b> <input type="checkbox"/> <b>Philadelphia-Chromosom quantitativ</b> <input type="checkbox"/> <b>sonstige</b> ..... ..... ( <i>Probenmaterial bitte telefonisch abklären</i> ) <input type="checkbox"/> <b>Pharmakogenetische Untersuchung</b> <input type="checkbox"/> <b>DPD-Defizienz / 5-FU-Toxizität</b> <input type="checkbox"/> <b>MDR1-C3435T</b> <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b>
--

<b>Diagnose / Verdacht</b> (FAB-Klassifikation): (Bitte in Druckbuchstaben)  
---

<b>Krankheitsverlauf und Vorbehandlung</b> (bei KMT: Spender männl./weibl.):  
--

<b>Evtl. Vorbefund:</b>  
---------------------------------

#Bei hämatologischen Tumoren bitte Material in **Lithium-Heparin-Monovetten** abnehmen und ungekühlt versenden.  
Lithium-Heparin-Monovetten werden auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

\* Für die Tumordiagnostik sollte i.A. **Knochenmark** verwendet werden.

Bei Tumordiagnostik aus **peripherem Blut** sollte ein ausreichender *Blastenanteil* (mind. 10%) vorliegen.

Das *Institut für Medizinische Genetik und Molekulare Medizin* beteiligt sich an der Qualitätssicherung des Berufsverbandes Medizinische Genetik für Chromosomen- und Molekulardiagnostik.