

Tellstrasse
5001 Aarau



PD Dr. med. A. Hammerer-Lercher
Chefärztin & Institutsleiterin
062 838 5302 (Sekretariat)

SMSTS 0057

Dr. sc. nat. B. Hartmann
Abteilungsleiterin Med. Genetik
britta.hartmann@ksa.ch
062 838 5300 (Med. Genetik)
062 838 5319 (Labor Molekulargenetik)
062 838 6107 (Labor Zytogenetik)
Rohrpost: 135 (Zentrale Annahme)

Angaben zu Versicherer:

01
02
03
04
05
06

Bitte freilassen für
interne Barcode-
Etikette IFLM

Zuständiger Arzt: Bitte die Suchernummer
markieren

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Datum/Zeit der Probenentnahme

Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20	30
Monat	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Stunde	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20
Minute	00	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55

07
08
09
10

PATIENT (Rechnungsadresse, falls nicht anders notiert)

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
männlich weiblich
Strasse: _____
PLZ / Ort _____
Bei Kindern, Name der Eltern: _____

AUFTRAGGEBER (Stempel)

Datum: _____
Unterschrift: _____
KOPIE AN: _____

MATERIAL

- Blut, 3-10 ml EDTA
- Blut, 3-10 ml Heparin
- Blut PAX
- Blut Citrat
- Knochenmark EDTA
- Knochenmark Heparin
- Mundschleimhaut
- Gewebe / Histologie
- Zytologische Ausstriche
- DNA

11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

KLINISCHE ANGABEN / DIAGNOSE

Erstdiagnose Verlaufskontrolle Rezidiv

Tumor-Diagnostik / Hämatologische Neoplasien (Angebot Keimbahndiagnostik siehe Rückseite)

Erstdiagnose

Molekular EDTA	Zytogenetik Heparin	Molekular EDTA	Zytogenetik Heparin
AML <input type="checkbox"/> Komplet (inkl. Zytogenetik) <input type="checkbox"/> HemaVision (28 Fusionstranskripte) #1 <input type="checkbox"/> FLT3 ITD / TKD (≤ 7 Tage) <input type="checkbox"/> Genpanel myeloisch	<input type="checkbox"/> Konv. Chromosomenanalyse inkl. FISH 11q23 (KMT2A), 3q26 (MECOM) <input type="checkbox"/> PML-RARA Schnell-FISH (Notfall)	Verlaufskontrollen (MRD) <input type="checkbox"/> BCR-ABL1 (M-bcr, m-bcr) <input type="checkbox"/> NPM1-Typ A, B, D <input type="checkbox"/> PML-RARA bcr1, 2, 3 <input type="checkbox"/> RUNX1-RUNX1T1 <input type="checkbox"/> CBFβ-MYH11 <input type="checkbox"/> Genpanel myeloisch	
MDS <input type="checkbox"/> Genpanel myeloisch	<input type="checkbox"/> Konv. Chromosomenanalyse inkl. FISH 5q31 (EGR1), 3q26 (MECOM)		
CML <input type="checkbox"/> HemaVision t(9;22) BCR-ABL1 #1	<input type="checkbox"/> Konv. Chromosomenanalyse inkl. FISH (BCR-ABL1- Translokation) <input type="checkbox"/> BCR-ABL1 Schnell-FISH (Notfall)	Weitere Analysen <input type="checkbox"/> MYD88 L265P* <input type="checkbox"/> KIT D816V* <input type="checkbox"/> BRAF V600E <input type="checkbox"/> DPYD - Typisierung <input type="checkbox"/> JAK2 V617F <input type="checkbox"/> JAK2 Ex 12	<input type="checkbox"/> Konv. Chromosomenanalyse <input type="checkbox"/> Eosinophilie FISH Panel <input type="checkbox"/> FISH BCR-ABL1 <input type="checkbox"/> FISH
MPN <input type="checkbox"/> HemaVision t(9;22) BCR-ABL1 #1 <input type="checkbox"/> JAK2 V617F (Ex 14) <input type="checkbox"/> Genpanel myeloisch <input type="checkbox"/> PV (Sequentielle Bestimmung) JAK2 V617F ⇒ JAK2 Ex 12 ⇒ CALR Ex 9 ⇒ MPL W515 L/K <input type="checkbox"/> ET / PMF (Sequentielle Bestimmung) JAK2 V617F ⇒ CALR Ex 9 ⇒ MPL ⇒ JAK2 Ex 12	<input type="checkbox"/> Konv. Chromosomenanalyse	Asservieren <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> RNA	<input type="checkbox"/> Kulturen myeloisch <input type="checkbox"/> Kulturen lymphatisch <input type="checkbox"/> Kulturen nur FISH <input type="checkbox"/> Reserve max. 1-2 Tage
ALL <input type="checkbox"/> Komplet (inkl. Zytogenetik) <input type="checkbox"/> IKZF1-Deletion <input type="checkbox"/> HemaVision (28 Fusionstranskripte) #1 <input type="checkbox"/> Ig/TCR-Rearrangement* <input type="checkbox"/> Genpanel lymphatisch*	<input type="checkbox"/> Konv. Chromosomenanalyse inkl. FISH (diagnoseabhängig)	Molekularpathologie*₁ NGS-Mutationsabklärung <input type="checkbox"/> RAS-Status <input type="checkbox"/> EGFR, ERBB2, KRAS, BRAF, TP53 Andere: _____	FISH <input type="checkbox"/> HER2 <input type="checkbox"/> ALK, ROS1, RET, MET <input type="checkbox"/> MYC, BCL2, BCL6 Andere: _____
CLL <input type="checkbox"/> TP53-Sequenzierung <input type="checkbox"/> IGHV-Mutationsstatus*	<input type="checkbox"/> FISH 17p13 (TP53), 11q22 (ATM), 13q (DLEU1/LAMP1), 12p11-q11 <input type="checkbox"/> Konv. Chromosomenanalyse	Weitere Analysen <input type="checkbox"/> LOH-Mikrosatellitenanalyse	
Multiples Myelom <input type="checkbox"/> DNA-Asservieren	<input type="checkbox"/> FISH 1p32, 1q21, 17p13 (TP53), 11q22 (ATM), 13q (DLEU1/LAMP1), IGH Rearrangement, ggf. Hyperdiploidie 5p, 9q, 15q		

21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54

Medizinische Genetik

KSA - 164 - 06.2022 / KAISER DATA

Einverständniserklärung für genetische Untersuchung(en) nach GUMG:

Ich bestätige hiermit, dass ich im Rahmen einer genetischen Beratung über die verschiedenen Aspekte der genetischen Untersuchung aufgeklärt wurde. Es wurde mir ausreichend Zeit für Fragen und die nötige Bedenkzeit gegeben. Mein Arzt hat mich informiert, dass ich das Recht habe, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen.

Ich gebe meine Einwilligung für die Durchführung der hier angeforderten genetischen Analyse(n) für folgende Erkrankung:

- pränatal, postnatal, prädiktiv/präsymptomatisch

Mitteilung von Zufallsbefunden: (Ergebnisse, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen). Ich möchte wie folgt informiert werden: (Falls Sie diese Fragen nicht beantworten, gehen wir davon aus, dass Sie NICHT über Zufallsbefunde orientiert werden möchten.)

- Veranlagung für Erkrankungen, für die eine Vorsorge und/oder Behandlung bekannt sind
Veranlagung für Erkrankungen, für die es zur Zeit keine Vorsorgemassnahmen und/oder Behandlung gibt
Überträgerstatus für rezessive Erkrankungen, welche bei den Nachkommen oder in der Verwandtschaft auftreten könnten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe und meine Untersuchungsergebnisse (Rohdaten):

- für allfällige Nachuntersuchungen aufbewahrt werden. Für zukünftige Untersuchungen ist mein Einverständnis nötig. Ansonsten wird das Probenmaterial nach Abschluss der Untersuchung vernichtet.
in anonymisierter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt werden können.
für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden können. Wir werden Sie dann gegebenenfalls für die genaueren Angaben kontaktieren.
Ich bin damit einverstanden, dass der Untersuchungsauftrag ggf. an ein spezialisiertes med. Kooperationslabor weitergeleitet wird.

Ort, Datum, Unterschrift Patient/in bzw. Vormund, Unterschrift Arzt (Name in Druckschrift)

Bitte beachten Sie: alle hier geforderten Angaben sind unbedingt erforderlich, also auch Unterschriften von Arzt und Patient.

KEIMBAHNDIAGNOSTIK

Für Keimbahnuntersuchungen wird eine Einverständniserklärung nach GUMG benötigt. Bitte klären Sie die Kostenübernahme vorgängig.

Analysenbeginn: sofort, nach Eingang der Kostengutsprache

Grid of genetic test categories: EXTRAKTION, Zytogenetische Analysen, Thalassämien / Hämoglobinopathien, Häufig angeforderte Analysen, Nephrolog. Erkrankungen, Endokrinologie, Pädiatrische Erkrankungen, Bindegewebserkrankungen, Fam. Tumorerkrankungen, Neurologische Erkrankungen, Kardiologische Erkrankungen. Includes checkboxes for EDTA, Heparin, and other markers.

* Analyse extern
Methoden: #1 Sanger-Seq, #2 NGS, #3 MLPA (bei Panels: wenn vorhanden), #4 MS-MLPA, #5 Streifenassay, #6 Lightcycler, #7 Fragmentanalyse