

Krankenkasse

Name, Vorname, Anschrift des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Probeneinsendung:

Institut für Humangenetik/ Laborbereich des ZAM
 Universitätsklinikum Jena, Am Klinikum 1, 07747 Jena
Tel.: 03641/ 9396804

Anforderung - molekulare Zytogenetik/ Patho-FISH

Patientenangaben

Name, Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Indikation / Fragestellung / Verdachtsdiagnose

ICD _____

.....

Material

Datum der Probenentnahme: Pat.-Nr. b. Einsender: Block-Nr.:

Anatomischer Entnahmeort: Paraffinschnitte Sonstiges:

Bitte nicht ausfüllen:

Laboreingang am Labor-Nr.:

FISH-Analysen (Fluoreszenz in situ Hybridisierung) ggf. tel. Rückspr. apl. Prof. Dr. Liehr : 03641/9396850

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ALK/EML4-TriCheck Probe | <input type="checkbox"/> IGH Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> RB1/13q12 Dual Color Probe |
| <input type="checkbox"/> BRAF/CEN 7 Dual Color Probe | <input type="checkbox"/> JAZF1 Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> RET Dual Color Break Apart Probe |
| <input type="checkbox"/> BCL2/IGH Dual Col. Dual Fusion | <input type="checkbox"/> MAML2 Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> FOXO1/ PAX 3 Dual Color Fusion Probe |
| <input type="checkbox"/> CCND1/IGH Dual Col. Dual Fusion | <input type="checkbox"/> MDM2/CEN12 Dual Color Probe | <input type="checkbox"/> FOXO1/ PAX 7 Dual Color Fusion Probe |
| <input type="checkbox"/> CDKN2A/CEN9 Dual Color Probe | <input type="checkbox"/> MET/CEN7 Dual Color Probe | <input type="checkbox"/> ROS1 Dual Color Break Apart Probe |
| <input type="checkbox"/> COL1A1/PDGFB Dual Col. Dual Fus. | <input type="checkbox"/> MYB Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> RUNX1/RUNX1T1 Dual Col. Du. Fusion |
| <input type="checkbox"/> DDIT3 Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> MYC/CEN8 Dual Color Probe | <input type="checkbox"/> SMARCB1/22q12 Dual Color Probe |
| <input type="checkbox"/> EGFR7CEN7 Dual Color Probe | <input type="checkbox"/> MYC/IGH Dual Color Dual Fusion Probe | <input type="checkbox"/> SOX2/CEN3 Dual Color Probe |
| <input type="checkbox"/> ERBB2/CEN17 Dual Col. Pr. (Her2/Neu1) | <input type="checkbox"/> MYC Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> SS18 Dual Color Break Apart Probe |
| <input type="checkbox"/> ETV6 Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> NR4A3 Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> TFE3 Dual Color Break Apart Probe |
| <input type="checkbox"/> EWSR1 Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> NRG1/CD74 TriCheck Probe | <input type="checkbox"/> TP 53/CEN 17 Dual Color Probe |
| <input type="checkbox"/> EWSR1/Fli-1 Tricheck Probe | <input type="checkbox"/> NTRK1 Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> USP6 Dual Color Break Apart Probe |
| <input type="checkbox"/> FGFR1/CEN8 Dual Color Probe | <input type="checkbox"/> NTRK2 Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> WWTR1 Dual Color Break Apart Probe |
| <input type="checkbox"/> FGFR2 Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> NTRK3 Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> YWHAE Dual Color Break Apart Probe |
| <input type="checkbox"/> FOXO1 Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> PHF1 Dual Color Break Apart Probe | |
| <input type="checkbox"/> FUS Dual Color Break Apart Probe | <input type="checkbox"/> PTEN/CEN 10 Dual Color Probe | <input type="checkbox"/> |

Hinweise zur Probeneinsendung weiterführende Informationen unter: <https://www.uniklinikum-jena.de/humangenetik/>

- Postversand zu Wochenanfang per Eilboten, ungekühlt. Bei Versand zum Wochenende ist eine vorherige **telefonische Information dringend erforderlich**.
- Bitte die Proben durch feste Umhüllungen vor Bruch und Auslaufen sichern.
- Sollten Sie weitere Fragen haben, so stehen wir selbstverständlich telefonisch zur Verfügung

Kostenübernahme

- Ü-Schein Nr. 10 stationär
- Privat teilstationär
- ASV-Fall (§116b SGB V): ja nein ambulant

Verantwortliche(r) Arzt/Ärztin Stempel oder Druckschrift

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

- Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen liegt ausgefüllt anbei
- Einwilligungserklärung zur Durchführung genetischer Analysen liegt beim einsendenden Arzt vor
- Für privat versicherte Patienten liegt die Kostenübernahmeerklärung¹ ausgefüllt anbei

¹ Bitte nutzen Sie unser Formular unter: <https://www.uniklinikum-jena.de/humangenetik/Begleitscheine.html>

Anmerkung: Genetische Untersuchungen (mit Ü-Schein) belasten nicht das Budget des einsendenden Arztes.

Datum, Unterschrift: