

**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 ICD: \_\_\_\_\_

### Indikation / Fragestellung / Verdachtsdiagnose

### Material

Datum Probenentnahme: \_\_\_\_\_ Pat.-Nr. b. Einsender.: \_\_\_\_\_ Block-Nr.: \_\_\_\_\_

Anatomischer Entnahmeort: \_\_\_\_\_  Paraffinschnitte  Sonstiges: \_\_\_\_\_Tumorzellanteil: \_\_\_\_\_ *von der Humangenetik ausfüllen*  
Laborengang 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/PDGFβ 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/Flt-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 Kostenübernahmeerklärung<sup>1</sup> ausgefüllt anbei

<sup>1</sup> 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: \_\_\_\_\_