**Bestätigung für Genetik**

Externe Qualitätskontrollen, Bezugsjahr: …………………………………………………………………………………………

*(jeweils Angabe des Vorjahres bezogen auf die aktuelle Meldung)*

❒ Onko-hämatologisch *(Beilage: Zertifikate der Ringversuche des Bezugsjahres für jene Analysen, welche auf Seite 2 aufgeführt sind, ohne Detailauswertungen und Bewertungen)*

❒ Hereditär

Labor / Institution: ………………………………………………………………………………………………………..……….…………

Strasse: ……………………………………………………………………………………………………………...…………..………….…….

PLZ Ort: ……………………………………………………………………………………………….………………………..……………….…

ZSR Leistungserbringer: ………………………………………………………………………………………………………….…………

GLN Leistungserbringer: …………………………………………………………………………………………….………………………

GLN-Labor (gemäss QUALAB Registrierung): ………………………………………………………….………………………….

E-Mail: ………………………………………………………………………………………………………….……………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Der / die Unterzeichnete bestätigt, dass die Proben der externen Qualitätskontrollen in den Räumen des genannten Labors durch das zuständige entsprechend geschulte Personal und mit den laboreigenen Geräten analysiert wurden, resp. die zur Beurteilung eingesandten Karyogramme im eigenen Labor kultivierte und analysierte Fälle repräsentieren.  Ja ❑ Nein ❑ | Der / die Unterzeichnete bestätigt, dass bei allen Analysen die externe Qualitätskontrolle mit derselben Methode wie bei den Patientenproben durchgeführt wird.  Ja ❑ Nein ❑ |
| Der / die Unterzeichnete bestätigt, dass bei allen Analysen eine interne Qualitätskontrolle durchgeführt wird.  Ja ❑ Nein ❑ |

|  |
| --- |
| Name des / der Verantwortlichen: ……………………………………………….……………………………………….…………  E-Mail des / der Verantwortlichen: ……………………………………………………….…………………………………………  Ort / Datum: ……................................................................................................................................... |

*Bitte Rückseite beachten und Seite 2 ausfüllen*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Position** | **SC** | **Bezeichnung** | **OKP fakturiert** | **Ringversuch\*** |
| **6305.33** | 00 | Chromosomenunters. | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6309.34** | 00 | FISH Interphase | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6310.34** | 00 | FISH Metaphasen | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6311.36** | 00 | Microarray | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.50** | 10 | AML1-ETO | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.50** | 20 | CBFB-MYH11 | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.50** | 30 | NPM1 | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.50** | 40 | PML-RARA | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.50** | 50 | BCR-ABL1 | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.50** | 60 | JAK2 V617F | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.50** | 70 | CALR | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.50** | 90 | BRAF V600E | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.50** | 110 | KIT D816V | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.51** | 10 | AML1-ETO | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.51** | 20 | CBFB-MYH11 | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.51** | 30 | NPM1 | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.51** | 40 | PML-RARA | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.51** | 50 | BCR-ABL1 | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.51** | 60 | JAK2 V617F | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.51** | 70 | CALR | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.54** | 10 | JAK2 V617F | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.54** | 20 | CALR | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.58** | 10 | CALR | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.58** | 20 | CEBPA | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.58** | 30 | NPM1 | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.58** | 90 | BRAF V600E | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.58** | 110 | KIT D816V | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.65** | 00 | TP53 | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6400.66** | 00 | NGS Panel AML | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6401.50** | 90 | BRAF V600E | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6401.58** | 90 | BRAF V600E | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |
| **6401.65** | 00 | TP53 | Ja ❑ Nein ❑ | Ja ❑ Nein ❑ |

*\* Auszufüllen, sofern die Antwort bei OKP fakturiert, JA lautet*