

## Integrierte hämatologisch-pathologische Diagnostik Knochenmarkaspirat (EDTA)

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben <b>in Blockschrift</b> ausfüllen oder <b>besser Barcode</b> aufkleben)		Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J 		Geschlecht M W 
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	<b>Versicherungsdetails:</b> <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schwangerschaft KK/Vers.: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung erwünscht Tel.: _____
---	--	---

Kopie(n) an:



<b>Klinische Angaben</b>  <hr/>	<b>Bisherige Therapien</b> <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere: _____
<b>Fragestellung</b>  <hr/>	<b>Vorbefunde</b> <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> Extern (Kopie beilegen)

<b>Angaben zum Probenmaterial</b> Entnahmedatum: Spina iliaca posterior superior <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Zellzahl: _____ G/l Volumen: _____ ml	<b>Laborintern</b> Eingangsdatum: _____ /Visum: _____
--	--

<b>Morphologie</b> <input type="checkbox"/> Morphologische Beurteilung <input type="checkbox"/> Sudanschwarz Färbung <input type="checkbox"/> Unspezifische Esterase Färbung	<input type="checkbox"/> Toluidinblau Färbung <input type="checkbox"/> PAS Färbung <input type="checkbox"/> _____
<b>Flowzytometrie (FACS) (Probenmaterial in EDTA)</b> <input type="checkbox"/> Lymphom-Screening (LST) <input type="checkbox"/> B-Subtypisierung (B-CLPD) <input type="checkbox"/> T-Subtypisierung (T-CLPD) <input type="checkbox"/> NK-Subtypisierung (NK-CLPD) <input type="checkbox"/> Myelom/Plasmazellen (PCD)	<input type="checkbox"/> Akute Leukämie Screening (ALOT) <input type="checkbox"/> Akute Leukämie Verlauf <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> _____

<b>Molekulare Diagnostik</b> <input type="checkbox"/> DNA/RNA Biobanking <input type="checkbox"/> Myeloisches Panel (Oncomine Myeloid Research Assay) <input type="checkbox"/> Lymphom Panel (Oncomine Lymphoma Panel v1)	<input type="checkbox"/> B-Zell-Klonalität (IGH) <input type="checkbox"/> T-Zell-Klonalität (TCRG) <input type="checkbox"/> IGHV Mutationsstatus <input type="checkbox"/> _____	<b>Untersuchungsmaterial</b> mind. 2ml EDTA-Knochenmarkaspirat
--	--	---

Aufträge ohne Entnahmedatum/-zeit oder Name des Auftraggebers können nicht bearbeitet werden.

**Entnahmedatum/ -zeit**

**Stempel, Name und Telefonnummer**

der auftraggebenden Person (Arzt/Spital)