

Integrierte hämatologisch-pathologische Diagnostik Knochenmarkaspirat (EDTA)

Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)		Bitte freilassen
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> Geburtsdatum T T M M J J <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> <div> Geschlecht M W <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> </div>		
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

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

Kopie(n) an:



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

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

Morphologie <input type="checkbox"/> Morphologische Beurteilung <input type="checkbox"/> Toluidinblau Färbung <input type="checkbox"/> Sudanswarz Färbung <input type="checkbox"/> PAS Färbung <input type="checkbox"/> Unspezifische Esterase Färbung <input type="checkbox"/> _____	
Flowzytometrie (FACS) (Probenmaterial in EDTA) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <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) </div> <div> <input type="checkbox"/> Akute Leukämie Screening (ALOT) <input type="checkbox"/> Akute Leukämie Verlauf <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>	
Molekulare Diagnostik <input type="checkbox"/> DNA/RNA Biobanking <input type="checkbox"/> B-Zell-Klonalität (IGH) <input type="checkbox"/> Myeloisches Panel (Oncomine Myeloid Research Assay) <input type="checkbox"/> T-Zell-Klonalität (TCRG) <input type="checkbox"/> Lymphom Panel (Oncomine Lymphoma Panel v1) <input type="checkbox"/> IGHV Mutationsstatus <input type="checkbox"/> _____	Untersuchungsmaterial mind. 2ml EDTA-Knochenmark-aspirat

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

Entnahmedatum/ -zeit

Stempel, Name und Telefonnummer
der auftraggebenden Person (Arzt/Spital)