

Integrierte hämatologisch-pathologische Diagnostik Peripheres Blut (EDTA)

Name, Vorname, Ledigename (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)	Bitte freilassen
Geburtsdatum Geschlecht T T M M J J M W <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div>	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)	

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Auftraggeber/Spital <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> IV/SUVA	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär KK/Vers: _____ Adresse: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung Tel.: _____ Kontakt: _____
--	---	---

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 Leukozytenzahl: _____ G/l Lymphozytenzahl: _____ G/l	Laborintern Eingangsdatum: _____ /Visum: _____
--	--

Flowzytometrie (FACS) (Probenmaterial in EDTA ins Labor IHPD geben) <input type="checkbox"/> Lymphom-Screening (LST) <input type="checkbox"/> Akute Leukämie Screening (ALOT) <input type="checkbox"/> B-Subtypisierung (B-CLPD) <input type="checkbox"/> Akute Leukämie Verlauf <input type="checkbox"/> T-Subtypisierung (T-CLPD) <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> NK-Subtypisierung (NK-CLPD) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Myelom/Plasmazellen (PCD)	Untersuchungsmaterial mind. 5ml EDTA-Blut
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"/> IGHV Mutationsstatus <input type="checkbox"/> _____	Untersuchungsmaterial mind. 5ml EDTA-Blut

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

Entnahmedatum/ -zeit

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