

Einsendeschein für stationäre und Privatpatienten



Institut für
Hämatopathologie
Hamburg

Name	geb.
Adresse	

Postfach 54 06 40
22506 Hamburg

Fangdieckstr. 75a
22547 Hamburg

T 040 70 70 85 200
F 040 70 70 85 210
info@hp-hamburg.de

- Privat Stationär Ambulant
 KVB I-III KVB IV Post B

Sonstiger Kostenträger:

Datum/Uhrzeit der Entnahme

Untersuchungsauftrag

Einsender:

Art des Materials/Lokalisation: _____

Klinische Fragestellung: _____

Station:

Voruntersuchung:

E.-Nr. oder Datum:

- _____
- Lymphknoten
- Beckenkammtrepanat
- Blut-/Knochenmarksausstriche
- Periph. Blut/Knochenmarkblut (EDTA)
 - Lymphozytensubpopulationen
 - Typisierung von Leukämie-/Lymphomzellen
- Molekulargenetik (EDTA)

<input type="checkbox"/> T-Zell-Rez.-/IgH-Rearrang.	<input type="checkbox"/> C-KIT-Mut. D816V
<input type="checkbox"/> Somatische Hypermuation	<input type="checkbox"/> BCR-ABL (PCR / qualitativ)
<input type="checkbox"/> JAK2-Mutation	<input type="checkbox"/> BCR-ABL (PCR / quantitativ)
<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> Zytogenetik * (Heparin)

Labor		
		Leuko
		Ery
		Hb
		Hk
		MCV
		MCH
		MCHC
		Thrombo
		Retic
		Seg
		Stab
		Meta
		Myelo
		Prom
		Eos
		Baso
		Mono
		Lymph
		Blasten
		Eisen
		Ferritin
		CRP
		BSG

Verdachtsdiagnose

- Akute Leukämie
 - AML
 - ALL
- Morbus Hodgkin
- Non-Hodgkin-Lymphom
 - B-NHL
 - T-NHL
- MDS
- MPS/CML
- Med.-/Toxische Schädigung
- HIV-Infektion
- Plasmazellmyelom
- _____
- Einsendescheine benötigt

Klinik

- Anämie
- Zytopenie
- Hepato-/Splenomegalie
- Lymphknotenvergrößerung
- B-Symptomatik
- Fieber unklarer Genese
- Gewichtsverlust
- Infekte
- Paraproteinämie
- Staging
- Verlaufskontrolle
- Z.n. Chemotherapie
- Z.n. KMT/PBSCT
- _____
- _____
- Medikamente: _____
- _____
- _____
- Versandgefäße benötigt

Telefon (für Rückfragen)

Stempel/Unterschrift des Arztes

*erfolgt in Kooperation in auswärtigem Labor