


Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einsender (Arzt-, Klinikstempel)

Unterschrift des Arztes



Fangdieckstrasse 75a | 22547 Hamburg
Gärtnerstraße 55 | 24113 Kiel

T: 040/70 70 85-200 | F: -210
T: 0431/200 09-00 | F: -70

Postfach 540640 Postfach 3528
22506 Hamburg 24034 Kiel

Hämatopathologie: Pathologische Diagnostik, Molekularpathologie, Zytogenetik und FACS

Kostenträger

Privat Walleistung Krankenhaus / Praxis KV-Schein * sonstige Kostenträger:
 Normal KVB I-III §116b (ASV)
 Standard Post B §115b (AOP)
 Basis sonst. Tarif:

* bitte Überweisungsschein beifügen

Diagnose / Fragestellung

Bitte Laborwerte separat hinzufügen oder hier eintragen:

Leukozyt.		Granulozyt.		LDH
Hb		Lymphozyt.		
Thrombozyt.		Monozyt.		
MCV		Blasten		

Indikation:

Primärdiagnose Verlaufskontrolle V.a. Rezidiv Rezidiv Zusatzinformation:
 B-Symptomatik Lymphadenopathie Splenomegalie Zytopenie
 Paraproteinämie

Untersuchungsmaterial

Datum / Uhrzeit der Entnahme:

Peripheres Blut (PB) Blutausstriche Beckenkammtrepanat
 EDTA Heparin Citrat
 Knochenmarkblut (KMB) KM-Ausstriche Lymphknoten (Lokalisation): sonstiges:

EDTA Heparin Citrat

Anforderung

Zytologie Immunphänotypisierung (FACS)¹ Immunhistochemie³
 Histologie Molekularpathologie^{1/3} FISH^{2/3} Zytogenetik (kursiv)^{2/3}

FACS: spezielle Analytik

PNH

Molekularpathologie

Genpanel:

AML¹ MDS¹ CMML/aCML¹ Myeloische Neoplasie¹ B-Zell Klonalität^{1/3}
 CLL¹ MPN mit Eosinophilie T-Zell Klonalität^{1/3}

Einzelgene

AML¹ <input type="checkbox"/> FLT3 <input type="checkbox"/> NPM1 <input type="checkbox"/> IDH1/2 <input type="checkbox"/> BCR-ABL1 <input type="checkbox"/> PML-RARA <input type="checkbox"/> CEBPA <input type="checkbox"/> CBFβ (inv16) ^{*2} <input type="checkbox"/> 5q- (del5q) ^{*2} <input type="checkbox"/> -7/7q- (del7/del7q) ^{*2}	MPN/PV/ET/PMF¹ <input type="checkbox"/> Stufendiagnostik <input type="checkbox"/> JAK2 (V617F) <input type="checkbox"/> JAK2 (Exon 12) <input type="checkbox"/> CALR <input type="checkbox"/> MPL (W515L/K) <input type="checkbox"/> EPOR** CML¹ <input type="checkbox"/> BCR-ABL1 (qual.) <input type="checkbox"/> BCR-ABL1 (quant.) CNL¹ <input type="checkbox"/> CSF3R	CLL¹ <input type="checkbox"/> IGHV Mutationsstatus <input type="checkbox"/> TP53 <input type="checkbox"/> FISH del 17p ^{*2} <input type="checkbox"/> chrom. Risikoparameter ^{*2} Morbus Waldenström^{1/3} <input type="checkbox"/> MYD88 (L265P) <input type="checkbox"/> CXCR4 Haarzelleukämie^{1/3} <input type="checkbox"/> BRAF (V600E) <input type="checkbox"/> Myelom ^{*1}	HES /CEL¹ <input type="checkbox"/> FIP1L1-PDGFRα Mastozytose^{1/3} <input type="checkbox"/> KIT (D816V – qual.) <input type="checkbox"/> KIT (D816V – quant.) DLBCL³ <input type="checkbox"/> CARD11 <input type="checkbox"/> CD79A/B <input type="checkbox"/> MYD88 (L265P)	B-NHL (FISH)³ <input type="checkbox"/> IgH Translokation <input type="checkbox"/> BCL2 Translokation <input type="checkbox"/> BCL6 Translokation <input type="checkbox"/> CCND1 Translokation <input type="checkbox"/> MYC Translokation <input type="checkbox"/> MALT 1 T-/NK-LGL Leukämie¹ <input type="checkbox"/> STAT3/5b AITL^{1/3} <input type="checkbox"/> RHOA Erregernachweis³ <input type="checkbox"/> Mykobakterien <input type="checkbox"/> HHV8 (IHC) <input type="checkbox"/> EBV (IHC)
--	--	---	---	---

* in Kooperation

** Einverständniserklärung erforderlich

bevorzugtes Probenmaterial: 1) 10ml EDTA Blut (PB, KMB) 2) 5ml Heparin Blut (PB, KMB) 3) Beckenkamm, Lymphknoten

Versandgefäße benötigt