


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 Wahlleistung 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
 Analysezeitpunkt:

Untersuchungsmaterial

Datum / Uhrzeit der Entnahme:

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

Anforderung

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zytologie | <input type="checkbox"/> Immunphänotypisierung (FACS) ¹ | <input type="checkbox"/> Immunhistochemie ³ |
| <input type="checkbox"/> Histologie | <input type="checkbox"/> Molekularpathologie ^{1/3} | <input type="checkbox"/> Zytogenetik/FISH (kursiv dargestellt) ^{2/3} |

Genpanel:

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

Einzeltestung:

AML¹

- CEBPA
 FLT3
 NPM1
 KIT
 TP53
 BCR-ABL1
 CBFβ (inv16)^{*2}
 MLL-PTD
 PML-RARA
 RUNX1-RUNX1T1
 5q- (del5q)^{*2}
 -7/7q- (del7/del7q)^{*2}

AML MRD¹

- NPM1 quant.
 PML-RARA quant.
 * in Kooperation

MPN/PV/ET/PMF¹

- JAK2 (V617F)
 JAK2 (Exon 12)
 CALR
 MPL (W515L/K)
 EPOR**

CML¹

- BCR-ABL1 (qual.)
 BCR-ABL1 (quant.)

CNL¹

- CSF3R

CLL¹

- IGHV Mutationsstatus
 TP53
 FISH inkl. del 17p^{*2}

Morbus Waldenström^{1/3}

- MYD88 (L265P)
 CXCR4

Haarzellleukämie^{1/3}

- BRAF (V600E)

Myelom^{*1}

HES /CEL¹

- FIP1L1-PDGFRα

Mastozytose^{1/3}

- KIT (D816V – qual.)
 KIT (D816V – quant.)

DLBCL³

- CARD11
 CD79A/B
 MYD88 (L265P)

B-NHL (FISH)³

- IgH Translokation
 BCL2 Translokation
 BCL6 Translokation
 CCND1 Translokation
 MYC Translokation
 MALT 1

T-/NK-LGL Leukämie¹

- STAT3/5b

AITL^{1/3}

- RHOA

Erregernachweis³

- Mykobakterien
 HHV8
 EBV

** Einverständniserklärung erforderlich

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

Versandgefäße benötigt