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

Einsender (Arzt-, Klinikstempel)

Unterschrift des Arztes

Hp H
Hp SH

Fangdieckstrasse 75a I 22547 Hamburg
Gärtnerstraße 55 I 24113 Kiel

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

Postfach 540640 Postfach 3528
22506 Hamburg 24034 Kiel

Hämatopathologie: Pathologische Diagnostik, Molekularpathologie, Zytogenetik und FACS

Kostenträger

☐ Privat
- ☐ Normal
- ☐ Standard
- ☐ Basis

☐ Wahlleistung
- ☐ KVB I-III
- ☐ Post B
- ☐ sonst. Tarif:

☐ Krankenhaus / Praxis
- ☐ §116b (ASV)
- ☐ §115b (AOP)

☐ KV-Schein *

☐ sonstige Kostenträger:

* 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
☐ B-Symptomatik ☐ Lymphadenopathie ☐ Splenomegalie ☐ Zytopenie
☐ Paraproteinämie

Zusatzinformation:

Untersuchungsmaterial

Datum / Uhrzeit der Entnahme:

☐ Peripheres Blut (PB) ☐ EDTA ☐ Heparin ☐ Citrat
☐ Blutausstriche
☐ Beckenkammtrepanat
☐ sonstiges:

☐ Knochenmarkblut (KMB) ☐ EDTA ☐ Heparin ☐ Citrat
☐ KM-Ausstriche
☐ Lymphknoten (Lokalisation):

Anforderung

☐ **Zytologie**	☐ **Immunphänotypisierung (FACS)[1]**	☐ **Immunhistochemie[3]**
☐ **Histologie**	☐ **Molekularpathologie[1/3]**	☐ ***FISH*** [2/3] ☐ ***Zytogenetik*** *(kursiv)* [2/3]

Genpanel:

☐ AML[1]
☐ CLL[1]
☐ MDS[1]
☐ CMML/aCML[1]
☐ Myeloische Neoplasie[1]
- ☐ mit Eosinophilie
- ☐ ohne Eosinophilie

☐ B-Zell Klonalität[1/3]
☐ T-Zell Klonalität[1/3]

Einzeltestung:

AML[1]
- ☐ CEBPA
- ☐ FLT3
- ☐ NPM1
- ☐ KIT
- ☐ TP53
- ☐ BCR-ABL1
- ☐ *CBFB (inv16)*[*2]
- ☐ MLL-PTD
- ☐ PML-RARA
- ☐ RUNX1-RUNX1T1
- ☐ *5q- (del5q)*[*2]
- ☐ *-7/7q- (del7/del7q)*[*2]

AML MRD[1]
- ☐ NPM1 quant.
- ☐ PML-RARA quant.

* in Kooperation

MPN/PV/ET/PMF[1]
- ☐ JAK2 (V617F)
- ☐ JAK2 (Exon 12)
- ☐ CALR
- ☐ MPL (W515L/K)
- ☐ EPOR**

CML[1]
- ☐ BCR-ABL1 (qual.)
- ☐ BCR-ABL1 (quant.)

CNL[1]
- ☐ CSF3R

** Einverständniserklärung erforderlich

CLL[1]
- ☐ IGHV Mutationsstatus
- ☐ TP53
- ☐ *FISH del 17p*[*2]
- ☐ chrom. Risikoparameter

Morbus Waldenström[1/3]
- ☐ MYD88 (L265P)
- ☐ CXCR4

Haarzellleukämie[1/3]
- ☐ BRAF (V600E)

☐ **Myelom*[1]**

HES /CEL[1]
- ☐ FIP1L1-PDGFRA

Mastozytose[1/3]
- ☐ KIT (D816V – qual.)
- ☐ KIT (D816V – quant.)

DLBCL[3]
- ☐ CARD11
- ☐ CD79A/B
- ☐ MYD88 (L265P)

B-NHL *(FISH)*[3]
- ☐ *IgH Translokation*
- ☐ *BCL2 Translokation*
- ☐ *BCL6 Translokation*
- ☐ *CCND1 Translokation*
- ☐ *MYC Translokation*
- ☐ *MALT 1*

T-/NK-LGL Leukämie[1]
- ☐ STAT3/5b

AITL[1/3]
- ☐ RHOA

Erregernachweis[3]
- ☐ Mykobakterien
- ☐ HHV8
- ☐ EBV

☐ **Versandgefäße benötigt**

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