

Integrierte hämatologisch-pathologische Diagnostik Peripheres Blut (EDTA)

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)	Bitte freilassen																
Geburtsdatum <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	T	T	M	M	J	J							Geschlecht <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>M</td><td>W</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>	M	W		
T	T	M	M	J	J												
M	W																
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)																	

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV/SUVA <input type="checkbox"/> Auftraggeber (amb./stat. Pauschale) <input type="checkbox"/> Pat. ist Selbstzahler (zum Spitaltarif)	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Vorsorge <input type="checkbox"/> Schwangerschaft KK/Vers.: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung erwünscht Tel.: _____
---	--	---

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/I Lymphozytenzahl: _____ G/I	Laborintern Eingangsdatum: _____ /Visum: _____
--	--

Flowzytometrie (FACS) (Probenmaterial in EDTA ins Labor IHPD geben) <input type="checkbox"/> Lymphom-Screening (LST) <input type="checkbox"/> B-Subtypisierung (B-CLPD) <input type="checkbox"/> T-Subtypisierung (T-CLPD) <input type="checkbox"/> NK-Subtypisierung (NK-CLPD) <input type="checkbox"/> Myelom/Plasmazellen (PCD)	Untersuchungsmaterial mind. 5ml EDTA-Blut
Molekulare Diagnostik <input type="checkbox"/> DNA/RNA Biobanking <input type="checkbox"/> Myeloisches Panel (Oncomine Myeloid Research Assay) <input type="checkbox"/> IGHV Mutationsstatus	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)