

## Integrierte hämatologisch-pathologische Diagnostik Peripheres Blut (CPT)

Name, Vorname, Ledigename (Bitte Angaben <b>in Blockschrift</b> ausfüllen oder <b>besser Barcode</b> aufkleben)		Bitte freilassen
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> Geburtsdatum  T T M M J J  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> <div> Geschlecht  M W  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> </div>		
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

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

Kopie(n) an:



<b>Klinische Angaben</b>  	<b>Bisherige Therapien</b> <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere: _____
<b>Fragestellung</b>  	<b>Vorbefunde</b> <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> Extern (Kopie beilegen)

<b>Angaben zum Probenmaterial</b> Leukozytenzahl: _____ G/l Lymphozytenzahl: _____ G/l	<b>Laborintern</b> Eingangsdatum: _____ /Visum: _____
--	--

<b>Molekulare Diagnostik</b> <input type="checkbox"/> CLL Panel: TP53 Verlust [del(17p13.1)], ATM Verlust [del(11q22.3)], D13S319 Verlust [del(13q14.3)], Trisomie 12 [+12], Oncomine Lymphoma Panel v1, IGHV Mutationsstatus  <input type="checkbox"/> Lymphom Panel (Oncomine Lymphoma Panel v1)	<b>Untersuchungsmaterial</b> 8ml Vollblut in CPT-Röhrchen (BD, Ref. 362782*)
<b>Zu beachten</b> Unmittelbar nach Entnahme an Pathologie senden (Rohrpost 1110) CLL Panel Annahme Montag bis Donnerstag 8-17h, Lymphozytenzahl mind. 5 G/l  *Bezug über das Institut für Pathologie: pathologie@kssg.ch oder telefonisch unter 071 494 2102	

Aufträge ohne Entnahmedatum/-zeit oder Name des Auftraggebers können nicht bearbeitet werden.

Entnahmedatum/ -zeit

**Stempel, Name und Telefonnummer**  
der auftraggebenden Person (Arzt/Spital)