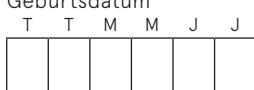


Integrierte hämatologisch-pathologische Diagnostik Peripheres Blut (CPT)

Name, Vorname, Ledigenname (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)		Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J  Geschlecht 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 <hr/>	Bisherige Therapien <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere: _____
Fragestellung <hr/>	Vorbefunde <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> Extern (Kopie beilegen)

Angaben zum Probenmaterial Leukozytenzahl: _____ G/I Lymphozytenzahl: _____ G/I	Laborintern Eingangsdatum: _____ /Visum: _____
----------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------

Molekulare Diagnostik <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)	Untersuchungsmaterial 8ml Vollblut in CPT-Röhrchen (BD, Ref. 362782*)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

Zu beachten Unmittelbar nach Entnahme an Pathologie senden (Rohrpost 1110) CLL Panel Annahme Montag bis Donnerstag 8-17h, Lymphozytenzahl mind. 5 G/I *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)