



Untersuchungsauftrag

Tumorzytogenetik

Zuweisende/r Ärztin / Arzt (Bitte Stempel o. Druckschrift)	Kostenübernahme
Name:	<input type="checkbox"/> Überweisungsschein liegt bei
Klinik:	<input type="checkbox"/> Rechnung an Krankenhaus
Straße/Ort:	<input type="checkbox"/> Privatrechnung an Patient/in
Telefon:	
Email-Adresse:	Krankenkasse:

Angaben über die Patientin / den Patienten (Etikett)

Nachname: Vorname:

Geb.Datum: männlich weiblich

Adresse:

Indikation/Verdachtsdiagnose:

Probenabnahme - Datum: ___/___/20___ Uhrzeit: ___:___

Untersuchungsauftrag (bitte ankreuzen)

Untersuchungsmaterial: Knochenmark (9 ml in Sarstedt-Li-Heparin)
 und / oder Natrium-Heparin-Blut (9 ml)

Diagnose: gesichert Verdacht

Erstmanifestation V.a. Rezidiv
 Verlauf Progredienz

AML ALL MDS CMML CML
 MPS CMPE CLL MM NHL
 HL PRV HES OMF Andere

Therapie: vor nach

unter Therapie mit:.....

St.p. TX Spender weiblich Spender männlich

BB: Leuko.: Blasten: Hb.: Thrombo.:

Bemerkungen:

Ort, Datum

Vorname / Nachname einsendende/r Ärztin/Arzt
(Druckschrift)

Unterschrift einsendende/r Ärztin/Arzt

Probenzustellung: ungekühlt per Eilboten; Mo - Do bis spät. 14 Uhr. Fr bis spät. 12 Uhr. (Vor Anmeldung erbeten: Tel. 0316 / 385-73800 oder Fax - 79620)