

INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE GENETIK UND MOLEKULARE MEDIZIN

Praxisgemeinschaft Dres. Alexander & Helena Jung

Paul-Schallück-Str. 8
Tel. 0221/942013-0

50939 K ö l n (Sülz)
Fax 0221/94201331

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

Privatpatient → Rechnung an Patient	<input type="checkbox"/>
Privatpatient → Rechnung an Einsender	<input type="checkbox"/>
stationärer Patient..... → Rechnung an Pflegekostenabteilung	<input type="checkbox"/>
amb. Kassenpatient → Überweisung mitsenden	<input type="checkbox"/>

Einsender
Betreuender Arzt

Abnahmedatum:	Unterschrift des einsendenden Arztes:
Eingangsdatum:	Labor-Nr.:

Anforderung zur zytogenetischen Tumordiagnostik

<p>Probenmaterial[†]:</p> <p><input type="checkbox"/> Knochenmark</p> <p><input type="checkbox"/> Peripheres Blut</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>Bitte unbedingt die Hinweise zur Präanalytik beachten! (s. u.)</p> <p><input type="checkbox"/> Erstdiagnostik</p> <p><input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle</p> <p>Zytostatika-Behandlung:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Gewünschte Untersuchung:</p> <p><input type="checkbox"/> Konventionelle Chromosomenanalyse</p> <p><input type="checkbox"/> FISH zum Nachweis von</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> CMML <input type="checkbox"/> CML <input type="checkbox"/> OMF <input type="checkbox"/> PV <input type="checkbox"/> ET <input type="checkbox"/> AML <input type="checkbox"/> ALL <input type="checkbox"/> M. Hodgkin <input type="checkbox"/> NHL <input type="checkbox"/> CLL <input type="checkbox"/> FL <input type="checkbox"/> DLCL <input type="checkbox"/> MCL <input type="checkbox"/> MZL <input type="checkbox"/> T-PLL <input type="checkbox"/> B-PLL <input type="checkbox"/> M. Waldenström <input type="checkbox"/> MGUS/MM⁺ </p> <p>⁺ <i>Wichtiger Hinweis: Für eine Anreicherung der CD138+ Zellfraktion werden mindestens 10 ml Heparin-Knochenmark benötigt.</i></p> <p>Bitte Fragestellung angeben:</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Molekulargenetische Untersuchung</p> <p>Bitte Fragestellung angeben:</p> <p>.....</p>
<p>Diagnose / Verdacht / Klinische Angaben: <i>(bitte deutlich lesbar eintragen)</i></p>	
<p>Krankheitsverlauf und Vorbehandlung (bei KMT: Spender männl./weibl.)</p>	
<p>Evtl. Vorbefund</p>	

[†] **Hinweise zur Präanalytik:** Bei hämatologischen Tumoren bitte Material in **Lithium-Heparin-Monovetten** abnehmen und **ungekühlt noch am Entnahmetag einsenden**. Lithium-Heparin-Monovetten werden auf Anfrage zur Verfügung gestellt. Für die Tumordiagnostik sollte im allgemeinen **Knochenmark** verwendet werden. Bei Tumordiagnostik aus **peripherem Blut** sollte ein ausreichender *Blastenanteil* (mind. 10%) vorliegen.