

**Tumorzytogenetische Untersuchung**

**KILM-GENETIK-FM**

gültig ab: 10/2015

AB 8376 / Version 05

Seite 1 von 1

**Patientin/Patient:**

Name:  
Geb. Dat.:  
Geschlecht:  
Adresse:  
AZ / MAC:  
*Bitte unbedingt Patientenetikette verwenden!*

Zuweisende Stelle: (Klinikstempel)  
**(Bitte unbedingt ausfüllen)**

Telefon (für Rücksprachen):

Gebührenklasse:  Allgemein  Sonderklasse

**Probenmaterial:**

Datum der Entnahme: .....

- Knochenmark (Heparin) notwendige Menge  $\geq$  3ml, für Anreicherung CD138+ Plasmazellen (Plasmozytom)  $\geq$  5ml  
 peripheres Blut (Heparin)  
 Frischgewebe/unfixiertes Gewebe – Lokalisation: .....  
 Sonstiges: .....

**Untersuchungsauftrag:**

- Chromosomenanalyse  
 FISH-Analyse:  CML  CLL Panel  MM Panel  
 MDS Panel  Melanom Panel  
 Andere: .....

**Fragestellung bzw. Diagnose:**

- gesichert  Erstmanifestation  Verdacht  Verlauf  (V.a.) Rezidiv
- AML  CML  MPS  CMML  HZL  Andere: .....  
 ALL  CLL  CMPE  OMF  HES .....  
 MDS  MM  PV  NHL  Melanom .....

Therapie(n):  ja: .....  
 nein

Transplantationen:  ja  nein      Geschlecht Spender:  weibl.  männl.

BB: Leuko ..... Gi/l    Hb ..... g/dl    Thrombo ..... Gi/l    Blasten ..... %

.....  
Telefonnr. und Name d. anford. Ärztin/Arztes (in Druckschrift!)

.....  
Unterschrift d. Ärztin/Arztes

**BITTE UM RASCHE WEITERLEITUNG DES FRISCHMATERIALS AN  
DIE LEITSTELLE 6Q „GENETISCHES LABOR“!!!**