



Name	
Vorname	Geb-Datum
Patientenklebchen	
Anschrift	



Auftrag zur labormedizinischen Untersuchung

Diagnosedaten					
Diagnose/ Verdacht auf/ Fragestellung:					
Klinische Angaben (je nach Fragestellung):					
Entnahmedatum:			Uhrzeit:		
Vorbefunde					
Blutbild vom:	Einheit		Diff-BB		
Hämoglobin	<input type="checkbox"/> mmol/l	<input type="checkbox"/> g/dl	Basophile		Segmentkernige
Leukozyten	Gpt/l		Eosinophile		Neutrophile
Thrombozyten	Gpt/l		Myeloblasten		Lymphozyten
Erythrozyten	Tpt/l		Promyelozyten		Monozyten
Hämatokrit	<input type="checkbox"/> Quotient	<input type="checkbox"/> %	Myelozyten		Lymphoidzellen
MCV	<input type="checkbox"/> fl	<input type="checkbox"/> µm³	Metamyelozyten		atyp. Zellen
MCH	<input type="checkbox"/> fmol	<input type="checkbox"/> pg	Stabkernige		weitere:
MCHC	<input type="checkbox"/> mmol/l	<input type="checkbox"/> g/dl			
Retikulozyten	%				
Material			Menge		
Knochenmark	<input type="checkbox"/>	Aszites	<input type="checkbox"/>	EDTA	<input type="checkbox"/> ml
Blut	<input type="checkbox"/>	Pleura	<input type="checkbox"/>	Heparin	<input type="checkbox"/> ml
Liquor	<input type="checkbox"/>	andere:		Citrat:	<input type="checkbox"/> ml
Angeforderte Untersuchung					
KM- Zytologie (Citrat)	<input type="checkbox"/>		ALP- Index (EDTA)	<input type="checkbox"/>	
Zytochemie (Citrat)	<input type="checkbox"/>		Malarianachweis (EDTA)	<input type="checkbox"/>	
Differentialblutbild (EDTA)	<input type="checkbox"/>		osmotische Resistenz (5 ml Heparin)	<input type="checkbox"/>	
Differentialblutbild + Retikulozyten (EDTA)	<input type="checkbox"/>				
Immunphänotypisierung (4,5 ml Heparin-Knochenmark, 4,5 ml Heparin/EDTA Blut)					
Panel:			Immunstatus (4,5 ml EDTA) <input type="checkbox"/>		
AML	<input type="checkbox"/>	Haarzell-Leukämie	<input type="checkbox"/>		
B-ALL	<input type="checkbox"/>	Multiples Myelom	<input type="checkbox"/>	PNH (4,5 ml EDTA) <input type="checkbox"/>	
T-ALL/T-NHL	<input type="checkbox"/>	CD19/CD20	<input type="checkbox"/>	Achtung! Immer 4,5 ml EDTA-Blut von Normalperson mitschicken!	
indolentes B- NHL	<input type="checkbox"/>				
Molekularbiologie (20ml Heparin oder 5ml Knochenmark)					
PML/RAR α [t(15;17)] (AML)	<input type="checkbox"/>	BCR-ABL *) (ALL, CML)	<input type="checkbox"/>	MPLW515 *) (MPN)	<input type="checkbox"/>
AML1/ETO[t(8;21)] (AML)	<input type="checkbox"/>	JAK2-V617F *) (MPN)	<input type="checkbox"/>	NPM1 *) (AML)	<input type="checkbox"/>
CBFβ/MYH11 [inv(16)] (AML)	<input type="checkbox"/>	CALR *) (MPN)	<input type="checkbox"/>		
Material für Tumorbank: <input type="checkbox"/>			HTM		
Anfordernder Arzt:					
Adresse: (Stempel)			Ort, Datum:		
			Unterschrift (Stempel):		