

Abteilung Klinische Genetik - Sekretariat DW 4800, Labor DW 4850, 4870, Büro DW 4070

ZUWEISUNG ZUR CHROMOSOMENUNTERSUCHUNG, FLUORESCENZ IN SITU HYBRIDISIERUNG (FISH) & MOLEKULARGENETIK HÄMATOLOGISCHER NEOPLASMIEN

An die
Labdia Labordiagnostik GmbH
Abteilung Klinische Genetik

Zimmermannplatz 8
1090 Wien

Stempel der zuweisenden Klinik

Patientendaten (Pickerl):

Zuname:

Vorname:

männlich weiblich

Geburtsdatum:

SVNR:

Zuweisende Stelle/Arzt:

stationär ambulant

Zuweisender Arzt:

Tel./Fax¹:

Datum/Unterschrift:

Kostenträger: Zuweiser Patient²

Abnahmedatum: _____ Diagnosedatum: _____

Material: PB KM anderes: _____

Klinischer Status: neu diagnostiziert Verlauf Remission Rezidiv

Transplantat: männlich weiblich

Gewünschte Untersuchung(en): Bitte ankreuzen

Chromosomen (KM/PB Heparin) DEB (Fanconi, PB Heparin) FISH (KM/PB Heparin)

CGH/SNP Array (KM/PB Heparin/EDTA) Genspezifisches Mutationscreening (2 ml EDTA)

Verdachtsdiagnose

CML CLL AML ALL NHL MDS MPE Multiples Myelom

HES Mastozytose HZL andere: _____

FAB Klassifikation: _____ Immunphänotyp: _____

Molekulargenetik: JAK2 V617F JAK2 Exon 12 CALR MPL SH2B3 KIT D816V

MYD88 (L265P) CXCR4 BRAF (V600E) TP53

Fragestellung: _____

Benötigtes Material (steril): mindestens 3 ml heparinisiertes Blut / Knochenmark,

5-10 ml heparinisiertes Blut für DEB-Untersuchung

Proben bitte bruchstabil und temperaturgeschützt (optimal 10-25 °C) verpacken.

² Bitte legen Sie die vollständig ausgefüllte und unterschriebene KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG bei.

¹ Ich bestätige, dass das Fax-Gerät vor unbefugtem Zugriff geschützt ist. (Falls nicht zutreffend, bitte streichen.)

Information über unser gesamtes diagnostisches Angebot finden Sie auf unserer Homepage: www.labdia.at