

Abteilung Klinische Genetik: Univ. Prof. Dr. Oskar A. Haas  
Sekretariat DW 4800 / Labor DW 4850, 4870 / Büro DW 4070

## ZUWEISUNG ZUR CHROMOSOMENUNTERSUCHUNG, FLUORESZENZ 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./Fax<sup>1</sup>:

Datum/Unterschrift:

Kostenträger:  Zuweiser  Patient<sup>2</sup>

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.

<sup>2</sup> Bitte legen Sie die vollständig ausgefüllte und unterschriebene KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG bei.

<sup>1</sup> 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](http://www.labdia.at)