

Name, Vorname, Ledigenname (bitte in Blockschrift)	Bitte freilassen																
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>Geburtsdatum</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>T</td><td>T</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Geschlecht</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>M</td><td>W</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> </div>	T	T	M	M	J	J							M	W			
T	T	M	M	J	J												
M	W																
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)																	

Frühere Untersuchungen (Nr./Jahr) (histologisch und zytologisch)	Rechnung an: allg. Abt. <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> priv. Abt. <input type="checkbox"/> Kr. K. <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> EMV/SUVA <input type="checkbox"/> amb. allg. <input type="checkbox"/> priv. Vers. <input type="checkbox"/>	Vers.-Adresse.: _____ Vers.-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Bericht per Telefon Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Bericht per Fax Nr.: _____
--	--	---

Kopie(n) an:

KSSG
Barcode-Kleber

Klinische Angaben / Therapie / Fragestellung:

Bitte Probenmaterial und gewünschte Untersuchung(en) ankreuzen

Molekulare Untersuchungen	Untersuchungsmaterial
<input type="checkbox"/> CLL Panel TP53 Verlust [del(17p13.1)] ATM Verlust [del(11q22.3)] D13S319 Verlust [del(13q14.3)] Trisomie 12 [+12] TP53 Mutation IGHV Mutationsstatus <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><i>(nicht erwünschte Untersuchungen bitte streichen)</i></div>	8ml Vollblut in CPT-Röhrchen (BD, Ref. 362782*)
<input type="checkbox"/> Myeloisches Genpanel (NGS, Oncomine Myeloid Research Assay)	5ml EDTA-Blut
<input type="checkbox"/> RNA/DNA Banking	5ml EDTA-Blut
Leukozytenzahl: _____ G/l	
Lymphozytenzahl: _____ G/l	
Zu beachten: ➤ Unmittelbar nach Entnahme an Pathologie senden ➤ Annahme Montag bis Mittwoch 8-17h, Donnerstag 8-13h *Bezug über das Institut für Pathologie: pathologie@kssg.ch oder telefonisch unter 071 494 2102	

Entnahmedatum/-zeit:

Stempel, Name und Unterschrift
des einsendenden Arztes/Spitals