

Aspirat Knochenmark

Name, Vorname, Ledigennamen (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)		Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geschlecht M W <input type="text"/> <input type="text"/>	
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)		

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Auftraggeber/Spital <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> IV/SUVA	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär KK/Vers.: _____ Adresse: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung Tel.: _____ Kontakt: _____
--	--	---

Kopie(n) an:

Klinische Angaben: _____	Bisherige Therapien: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere: _____
Fragestellung: _____	Vorbefunde: <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> extern (Kopie beilegen)

Probenmaterial: Entnahmeort: Spina iliaca posterior superior <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links Zellzahl: G/l Volumen: ml	
Morphologie: <input type="checkbox"/> Morphologische Beurteilung <input type="checkbox"/> Toluidinblau Färbung <input type="checkbox"/> Myeloperoxidase Färbung <input type="checkbox"/> PAS Färbung <input type="checkbox"/> Unspezifische Esterase Färbung <input type="checkbox"/> _____	
Durchflusszytometrie (FACS): <input type="checkbox"/> Lymphom-Screening <input type="checkbox"/> Akute Leukämie Screening <input type="checkbox"/> B-Subtypisierung <input type="checkbox"/> Subtypisierung AML <input type="checkbox"/> T-Subtypisierung <input type="checkbox"/> Subtypisierung B-ALL <input type="checkbox"/> NK-Subtypisierung <input type="checkbox"/> Subtypisierung T-ALL <input type="checkbox"/> Myelom/ Plasmazellen <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> DNA/RNA Banking	
Molekulare Diagnostik: <input type="checkbox"/> Myeloisches Panel (Oncomine Myeloid Research Assay) <input type="checkbox"/> B-Zell-Klonalität (IGH) <input type="checkbox"/> Lymphom Panel (Oncomine Lymphoma Panel v1) <input type="checkbox"/> T-Zell-Klonalität (TCR) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> IGVH Mutationsstatus	

Entnahmedatum/-zeit:

HP.FO.001

Stempel, Name und Unterschrift
des einsendenden Arztes/Spitals