

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einsender (Arzt-, Klinikstempel)
Unterschrift des Arztes



Komturstraße 58-62 | 12099 Berlin  
T: 030/2360 842 10 | F: 030/2360 8421 19  
In Kooperation mit Hämatopathologie Hamburg

## Hämatopathologie: Pathologische Diagnostik, Molekularpathologie, Zytogenetik und FACS

### Kostenträger

- Privat       Wahlleistung       Krankenhaus / Praxis       KV-Schein \*       sonstige Kostenträger:  
 Normal       KVB I-III       §116b (ASV)  
 Standard       Post B       §115b (AOP)  
 Basis       sonst. Tarif:

\* bitte Überweisungsschein beifügen

### Diagnose / Fragestellung

Bitte Laborwerte separat hinzufügen oder hier eintragen:

Leukozyt.		Granulozyt.		LDH
Hb		Lymphozyt.		
Thrombozyt.		Monozyt.		
MCV		Blasten		

### Indikation:

- Primärdiagnose     Verlaufskontrolle     V.a. Rezidiv     Rezidiv    Zusatzinformation:  
 B-Symptomatik     Lymphadenopathie     Splenomegalie     Zytopenie  
 Paraproteinämie

### Untersuchungsmaterial

Datum / Uhrzeit der Entnahme:

- Peripheres Blut (PB)       Blutausstriche     Beckenkammpreparat     sonstiges:  
 EDTA     Heparin     Citrat  
 Knochenmarkblut (KMB)       KM-Ausstriche     Lymphknoten (Lokalisation):  
 EDTA     Heparin     Citrat

### Anforderung

- |                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zytologie  | <input type="checkbox"/> Immunphänotypisierung (FACS) <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Immunhistochemie <sup>3</sup>  |
| <input type="checkbox"/> Histologie | <input type="checkbox"/> Molekularpathologie <sup>1/3</sup>        | <input type="checkbox"/> FISH <sup>2/3</sup> <input type="checkbox"/> Zytogenetik (kursiv) <sup>2/3</sup> |

### Genpanel:

- AML<sup>1</sup>       MDS<sup>1</sup>       Myeloische Neoplasie<sup>1</sup>     B-Zell Klonalität<sup>1/3</sup>  
 CLL<sup>1</sup>       CMML/aCML<sup>1</sup>       mit Eosinophilie     T-Zell Klonalität<sup>1/3</sup>  
 ohne Eosinophilie

### Einzeltestung:

#### AML<sup>1</sup>

- CEBPA  
 FLT3  
 NPM1  
 KIT  
 TP53  
 BCR-ABL1  
 CBFβ (inv16)<sup>\*2</sup>  
 MLL-PTD  
 PML-RARA  
 RUNX1-RUNX1T1  
 5q- (del5q)<sup>\*2</sup>  
 -7/7q- (del7/del7q)<sup>\*2</sup>

#### AML MRD<sup>1</sup>

- NPM1 quant.  
 PML-RARA quant.  
\* in Kooperation

#### MPN/PV/ET/PMF<sup>1</sup>

- JAK2 (V617F)  
 JAK2 (Exon 12)  
 CALR  
 MPL (W515L/K)  
 EPOR\*\*  
**CML<sup>1</sup>**  
 BCR-ABL1 (qual.)  
 BCR-ABL1 (quant.)  
**CNL<sup>1</sup>**  
 CSF3R

\*\* Einverständniserklärung erforderlich

#### CLL<sup>1</sup>

- IGHV Mutationsstatus  
 TP53  
 FISH del 17p<sup>\*2</sup>  
 chrom. Risikoparameter  
**Morbus Waldenström<sup>1/3</sup>**  
 MYD88 (L265P)  
 CXCR4  
**Haarzelleukämie<sup>1/3</sup>**  
 BRAF (V600E)  
 Myelom<sup>\*1</sup>

#### HES /CEL<sup>1</sup>

- FIP1L1-PDGFRα  
**Mastozytose<sup>1/3</sup>**  
 KIT (D816V – qual.)  
 KIT (D816V – quant.)  
**DLBCL<sup>3</sup>**  
 CARD11  
 CD79A/B  
 MYD88 (L265P)

#### B-NHL (FISH)<sup>3</sup>

- IgH Translokation  
 BCL2 Translokation  
 BCL6 Translokation  
 CCND1 Translokation  
 MYC Translokation  
 MALT 1

#### T-/NK-LGL Leukämie<sup>1</sup>

- STAT3/5b

#### AITL<sup>1/3</sup>

- RHOA

#### Erregernachweis<sup>3</sup>

- Mykobakterien  
 HHV8  
 EBV

Versandgefäße benötigt

bevorzugtes Probenmaterial: 1) 10ml EDTA Blut (PB, KMB) 2) 5ml Heparin Blut (PB, KMB) 3) Beckenkamm, Lymphknoten