

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

Einsender (Arzt-, Klinikstempel)
Unterschrift des Arztes

Pathodiagnostik Berlin MVZ GmbH



Komturstraße 58-62 | 12099 Berlin
T: 030/2360 8421 00 | F: 030/2360 8421 19
In Kooperation mit Hämatopathologie Hamburg

Hämatopathologie: Pathologische Diagnostik, Molekularpathologie, Zytogenetik und FACS

Kostenträger

<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Wahlleistung	<input type="checkbox"/> Krankenhaus / Praxis	<input type="checkbox"/> KV-Schein *	<input type="checkbox"/> sonstige Kostenträger:
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> KVB I-III	<input type="checkbox"/> §116b (ASV)		
<input type="checkbox"/> Standard	<input type="checkbox"/> Post B	<input type="checkbox"/> §115b (AOP)		
<input type="checkbox"/> Basis	<input type="checkbox"/> sonst. Tarif:			

* bitte Überweisungsschein beifügen

Diagnose / Fragestellung

Bitte Laborwerte separat hinzufügen oder hier eintragen:

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

Indikation:

<input type="checkbox"/> Primärdiagnose	<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle	<input type="checkbox"/> V.a. Rezidiv	<input type="checkbox"/> Rezidiv	Zusatzinformation:
<input type="checkbox"/> B-Symptomatik	<input type="checkbox"/> Lymphadenopathie	<input type="checkbox"/> Splenomegalie	<input type="checkbox"/> Zytopenie	
<input type="checkbox"/> Paraproteinämie				

Untersuchungsmaterial

Datum / Uhrzeit der Entnahme:

<input type="checkbox"/> Peripheres Blut (PB)	<input type="checkbox"/> Blutausstriche	<input type="checkbox"/> Beckenkammpreparat	<input type="checkbox"/> sonstiges:
<input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Citrat			
<input type="checkbox"/> Knochenmarkblut (KMB)	<input type="checkbox"/> KM-Ausstriche	<input type="checkbox"/> Lymphknoten (Lokalisation):	
<input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Citrat			

Anforderung

<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> Immunphänotypisierung (FACS) ¹	<input type="checkbox"/> Immunhistochemie ³
<input type="checkbox"/> Histologie	<input type="checkbox"/> Molekularpathologie ^{1/3}	<input type="checkbox"/> FISH ^{2/3} <input type="checkbox"/> Zytogenetik (kursiv) ^{2/3}

Genpanel:

<input type="checkbox"/> AML ¹	<input type="checkbox"/> MDS ¹	<input type="checkbox"/> Myeloische Neoplasie ¹	<input type="checkbox"/> B-Zell Klonalität ^{1/3}
<input type="checkbox"/> CLL ¹	<input type="checkbox"/> CMML/aCML ¹	<input type="checkbox"/> mit Eosinophilie	<input type="checkbox"/> T-Zell Klonalität ^{1/3}
		<input type="checkbox"/> ohne Eosinophilie	

Einzeltestung:

AML¹ <input type="checkbox"/> CEBPA <input type="checkbox"/> FLT3 <input type="checkbox"/> NPM1 <input type="checkbox"/> KIT <input type="checkbox"/> TP53 <input type="checkbox"/> BCR-ABL1 <input type="checkbox"/> CBFβ (inv16) ^{*2} <input type="checkbox"/> MLL-PTD <input type="checkbox"/> PML-RARA <input type="checkbox"/> RUNX1-RUNX1T1 <input type="checkbox"/> 5q- (del5q) ^{*2} <input type="checkbox"/> -7/7q- (del7/del7q) ^{*2}	MPN/PV/ET/PMF¹ <input type="checkbox"/> JAK2 (V617F) <input type="checkbox"/> JAK2 (Exon 12) <input type="checkbox"/> CALR <input type="checkbox"/> MPL (W515L/K) <input type="checkbox"/> EPOR** CML¹ <input type="checkbox"/> BCR-ABL1 (qual.) <input type="checkbox"/> BCR-ABL1 (quant.) CNL¹ <input type="checkbox"/> CSF3R	CLL¹ <input type="checkbox"/> IGHV Mutationsstatus <input type="checkbox"/> TP53 <input type="checkbox"/> FISH del 17p ^{*2} <input type="checkbox"/> chrom. Risikoparameter Morbus Waldenström^{1/3} <input type="checkbox"/> MYD88 (L265P) <input type="checkbox"/> CXCR4 Haarzelleukämie^{1/3} <input type="checkbox"/> BRAF (V600E) <input type="checkbox"/> Myelom ^{*1}	HES /CEL¹ <input type="checkbox"/> FIP1L1-PDGFRα Mastozytose^{1/3} <input type="checkbox"/> KIT (D816V – qual.) <input type="checkbox"/> KIT (D816V – quant.) DLBCL³ <input type="checkbox"/> CARD11 <input type="checkbox"/> CD79A/B <input type="checkbox"/> MYD88 (L265P)	B-NHL (FISH)³ <input type="checkbox"/> IgH Translokation <input type="checkbox"/> BCL2 Translokation <input type="checkbox"/> BCL6 Translokation <input type="checkbox"/> CCND1 Translokation <input type="checkbox"/> MYC Translokation <input type="checkbox"/> MALT 1 T-/NK-LGL Leukämie¹ <input type="checkbox"/> STAT3/5b AITL^{1/3} <input type="checkbox"/> RHOA Erregernachweis³ <input type="checkbox"/> Mykobakterien <input type="checkbox"/> HHV8 <input type="checkbox"/> EBV
--	---	---	---	---

* in Kooperation ** Einverständniserklärung erforderlich

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