

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Einsender (Arzt-, Klinikstempel)	 Pathodiagnostik Berlin MVZ GmbH Komturstraße 58-62   12099 Berlin T: 030/2360 8421 00   F: 030/2360 8421 19
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am		Unterschrift des Arztes	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum

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

**Kostenträger**

<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Walleistung	<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"/> Beckenkammtrepanat	<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) <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>

### FACS: spezielle Analytik

PNH

### Molekularpathologie

**Genpanel:**

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

### Einzelgene

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

FLT3

NPM1

IDH1/2

BCR-ABL1

PML-RARA

CEBPA

CBFβ (inv16)<sup>\*2</sup>

5q- (del5q)<sup>\*2</sup>

-7/7q- (del7/del7q)<sup>\*2</sup>

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

NPM1 quant.

PML-RARA quant.

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

Stufendiagnostik

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

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

IGHV Mutationsstatus

TP53

FISH del 17p<sup>\*2</sup>

chrom. Risikoparameter<sup>\*2</sup>

#### 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 (IHC)

EBV (IHC)

\* in Kooperation

\*\* Einverständniserklärung erforderlich

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

Versandgefäße benötigt