

Stempelbereich (Freigabestempel, Eingangsstempel)

**Zuweisende Stelle** (bitte **Stempel**, alternativ Druckschrift)

Name/Klinik: .....

Abteilung: .....

Ort: .....

Telefon: .....

**Kostenträger:**

Zuweisende Stelle  Patient\*in / Sonstiges (Kostenübernahmeerklärung)

**Zuweisende Ärzt\*in**

Name: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

**Angaben zur Patient\*in** (bitte **Etikett**, alternativ Druckschrift)

Nachname: .....

Vorname: .....

Biologisches Geschlecht:  W  M SVNR/Geburtsdatum: SVNR / tt mm jjjj

Studie: ..... Studiennr.: .....

EUPID: .....

**Material**

Abnahmedatum: .. tt .. mm .. jjjj

Knochenmark  Peripheres Blut  Buffy  Sonstiges Material: .....

**Diagnose**

**ZELL ANALYSE & SORT**

**ZELL ANALYSE**

**Basis Analysen, dual platform**

WBC (gesamt), Mono/Granulozyten, T-Zellen + Subtypen, B-Zellen, NK-Zellen, NK-T Zellen, naive & memory Zellen.  
Nur bei Knochenmark: CD34 (myeloide & B-lymphoide Vorläufer), Normoblasten

**Subgruppen Analysen, dual platform** (nur in Verbindung mit Basis-Analysen)

- HLA-DR auf CD3
- CD25 auf naiven/memory CD4

**Subgruppen Analysen, single platform**

- CD34 myeloid/lymphoid
- CD3

**Virus-spezifische T-Zellen | Erst ab 20 CD3/ $\mu$ l** (Analyse Mo-Do, mindestens 4 ml Lithium-heparinisertes oder EDTA peripheres Blut!)

- CMV
- ADV
- EBV
- BKV

**Sphärocytose** (Analyse Di+Fr): MFI auf Erys

Letzte Ery Transfusion am\*: .....

*\*Bei einer Ery Transfusion innerhalb der letzten drei Monate ist eine Analyse nicht möglich!*

**Sonstige Untersuchungen:** .....

**ZELL SORT**

PCR  FISH  andere: .....

Probenannahmezeiten mit zeitgleicher Abarbeitung: Montag bis Freitag 9:00 - 14:00 Uhr  
Proben, die außerhalb der angeführten Zeiten einlangen, werden erst am darauffolgenden Werktag abgearbeitet.  
In dringenden Fällen bitten wir um telefonische Kontaktaufnahme.