

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 jjj
Studie: Studiennr.:
EUPID:

Material

Abnahmedatum: tt mm jjj Knochenmark Peripheres Blut Sonstiges Material:

Diagnose

ZELL ANALYSE & SORT

ZELL ANALYSE

Basis Analysen, dual platform

Leukozyten, Lymphozyten, Monozyten, Granulozyten, Basophile, Eosinophile, B-Zellen, T-Zellen (CD4, CD8, TCR-gd, naiv, memory, HLA-DR, NKT), NK-Zellen, CD34.
Nur bei Knochenmark: Normoblasten

Subgruppen Analysen, single platform

- CD34 myeloid/lymphoid
- CD34 myeloid/lymphoid + CD3/CD19

Virus-spezifische T-Zellen | Erst ab 20 CD3/µl (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:

Jede Beauftragung erfolgt gemäß AGBs und Probenhandbuch.

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.