

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:

Verdachtsdiagnose

☐ ALL ☐ AML ☐ CLL ☐ CML ☐ HZL ☐ MDS ☐ MPN ☐ NHL ☐ Multiples Myelom

☐ andere/Anmerkungen:

Material

☐ PB ☐ KM ☐ anderes:

Abnahmedatum: tt mm jjjj Abnahmezeit: hh : mm

Klinischer Status

Diagnosedatum

tt mm jjjj

☐ Erstdiagnose ☐ Verlauf ☐ Stammzell-

☐ Remission ☐ Rezidiv ☐ Spenderin (W)

☐ Spender (M)

Untersuchungen

☐ Chromosomenanalyse (KM/PB-Heparin: 3-5 ml)

☐ DEB (Fanconi, PB-Heparin: 10 ml)

☐ FISH (KM/PB-Heparin: 3-5 ml)

☐ CGH/SNP Array (KM/PB-Heparin/EDTA: 3-5 ml)

☐ genspezifisches Mutationsscreening (KM/PB-EDTA: 2 ml)

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ JAK2 V617F | ☐ KIT D816V |
| ☐ JAK2 Exon 12 | ☐ MYD88 (L265P) |
| ☐ CALR | ☐ CXCR4 |
| ☐ MPL | ☐ TP53 |
| ☐ SH2B3 | ☐ BRAF (V600E) |

☐ Mutationsanalyse CML/Ph+ ALL – ABL1 TK Domäne (KM/PB-EDTA: 3-5 ml)

☐ RT-qPCR (KM/PB-EDTA: 3-5 ml)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ ALL <ul style="list-style-type: none"> ☐ ETV6-RUNX1 ☐ TCF3-PBX1 ☐ KMT2A-AFF1 (MLL-AF4) ☐ Minor BCR-ABL1 (ALL-typische Variante) ☐ Major BCR-ABL1 (CML-typische Variante) ☐ SIL-TAL1 | ☐ AML <ul style="list-style-type: none"> ☐ RUNX1-RUNX1T1 (AML-ETO) ☐ CBFB-MYH11 ☐ PML-RARA ☐ KMT2A-MLLT3 (MLL-AF9) ☐ Major BCR-ABL1 ☐ Minor BCR-ABL1 | ☐ CML <ul style="list-style-type: none"> ☐ Major BCR-ABL1 (CML-typische Variante) ☐ Minor BCR-ABL1 (ALL-typische Variante) ☐ atypische BCR-ABL1 Varianten |
|---|--|---|

Jede Beauftragung erfolgt gemäß AGBs und Probenhandbuch.

Anmerkungen

Bearbeitung: ☐ dringend

weitere: