

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK, gültig bis	Datum

# Labor Lademannbogen

Professor Rüdiger Arndt Haus  
Lademannbogen 61-63 22339 Hamburg  
Telefon 040 / 53805-800 - Telefax 040 / 53805-821  
www.labor-lademannbogen.de

- Praxisstempel -

## Leukämien und Lymphome

Patientendaten:		Versichertenstatus:		Hinweise:		Zeitpunkt Entnahme:		Service – Praxis:	
<input type="checkbox"/> männlich	SSWoche	<input type="checkbox"/> EBM		<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Blut v. Vortag	<input type="checkbox"/> vor 16:00 Uhr	<input type="checkbox"/> CITO	
<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> EBM-Sonderfall		<input type="checkbox"/> Marcumar	<input type="checkbox"/> Heparin	<input type="checkbox"/> vor 8:00 Uhr	<input type="checkbox"/> vor 18:00 Uhr	<input type="checkbox"/> Befund faxen	
<input type="checkbox"/> Kind(<16 J.)	+ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> GOÄ 96 (Privat)		<input type="checkbox"/> Zytostase	<input type="checkbox"/> Nachsorge	<input type="checkbox"/> vor 10:00 Uhr	<input type="checkbox"/> nach 18:00 Uhr	<input type="checkbox"/> Befund telefonieren	
<input type="checkbox"/> schwanger	Tage	<input type="checkbox"/> stationär		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vor 12:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Verdacht/Diagnose:

#### Material

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Peripheres Blut | <input type="checkbox"/> Lymphknotengewebe |
| <input type="checkbox"/> Knochenmark     | <input type="checkbox"/> Ausstrich         |

#### Angeforderte Untersuchung

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Immunphänotypisierung | <input type="checkbox"/> Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH) |
|  | Welche _____   |
| <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse    | <input type="checkbox"/> Molekulargenetik                          |
|  | Welche _____   |

#### Materialien

##### Immunphänotypisierung

- 5 ml Knochenmark oder peripheres Blut (Antikoagulans EDTA oder Heparin)

##### Chromosomenanalyse

###### Allgemein

- 5 ml Knochenmarkspirat (Antikoagulans Heparin, kein EDTA, kein Citrat)

###### Speziell

- bei B-CLL 5 ml peripheres Blut (Antikoagulans Heparin, kein EDTA, kein Citrat)
- bei Plasmozytom 10 ml Knochenmark (Antikoagulans Heparin, kein EDTA, kein Citrat), wenn Chromosomenanalyse und FISH angefordert wird. FISH erfolgt an CD138+ sortierten Plasmazellen nach Immunphänotypisierung

##### Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH)

- 5 ml Knochenmark oder peripheres Blut (Antikoagulans Heparin, kein EDTA, kein Citrat)

##### Molekulargenetik

- 5 ml Knochenmark oder peripheres Blut (Antikoagulans EDTA oder Heparin)

Bei humangenetischen Untersuchungen bitten wir um Angabe zur Anamnese sowie zur Einwilligung der/des Patientin/en. Bei entsprechender Indikation werden die Kosten dieser Untersuchungen von den Krankenkassen übernommen und belasten nicht das Budget des einsendenden Arztes (Überweisungsschein mit Ausnahmeindikation 32010).