

Integrierte hämatologisch-pathologische Diagnostik Peripheres Blut (CPT)

Name, Vorname, Ledigename (Bitte Angaben in Blockschrift ausfüllen oder besser Barcode aufkleben)		Bitte freilassen							
<p>Geburtsdatum</p> <p>T T M M J J</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p>Geschlecht</p> <p>M W</p> <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>									
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)									

Rechnung an: <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> Auftraggeber/Spital <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> IV/SUVA	Versicherungsdetails: <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär KK/Vers: _____ Adresse: _____ Police-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Telefonische Befundmitteilung Tel.: _____ Kontakt: _____
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Kopie(n) an:



Klinische Angaben _____ _____	Bisherige Therapien <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Andere: _____
Fragestellung _____	Vorbefunde <input type="checkbox"/> Pathologie KSSG <input type="checkbox"/> Extern (Kopie beilegen)

Angaben zum Probenmaterial Leukozytenzahl: _____ G/l Lymphozytenzahl: _____ G/l	Laborintern Eingangsdatum: _____ / Visum: _____
----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Molekulare Diagnostik <input type="checkbox"/> CLL Panel: TP53 Verlust [del(17p13.1)], ATM Verlust [del(11q22.3)], D13S319 Verlust [del(13q14.3)], Trisomie 12 [+12], Oncomine Lymphoma Panel v1, IGHV Mutationsstatus <input type="checkbox"/> Lymphom Panel (Oncomine Lymphoma Panel v1)	Untersuchungsmaterial 8ml Vollblut in CPT-Röhrchen (BD, Ref. 362782*)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Zu beachten Unmittelbar nach Entnahme an Pathologie senden (Rohrpost 1110) CLL Panel Annahme Montag bis Donnerstag 8-17h, Lymphozytenzahl mind. 5 G/l *Bezug über das Institut für Pathologie: pathologie@kssg.ch oder telefonisch unter 071 494 2102

Aufträge ohne Entnahmedatum/-zeit oder Name des Auftraggebers können nicht bearbeitet werden.

Entnahmedatum/ -zeit

Stempel, Name und Telefonnummer
der auftraggebenden Person (Arzt/Spital)