

**Integrierte hämatologisch-pathologische Diagnostik**  
**Peripheres Blut (CPT)**

Name, Vorname, Ledigename (Bitte Angaben <b>in Blockschrift</b> ausfüllen oder <b>besser Barcode</b> aufkleben)	Bitte freilassen
Geburtsdatum T T M M J J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geschlecht M W <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse (Strasse, Hausnummer, PLZ, Ort)	

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

**Kopie(n) an:**

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

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

<b>Molekulare Diagnostik</b> <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)	<b>Untersuchungsmaterial</b> 8ml Vollblut in CPT-Röhrchen (BD, Ref. 362782*)
---	---

<b>Zu beachten</b> 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)