

# Anforderungsbeleg

## Hämatologische Neoplasien

### Molekularpathologische Analysen

Pathologie-Labor Dr. Obrist – Dr. Brunhuber OG

Hauptplatz 4, 6511 Zams, Tirol, Österreich Tel.: +43 (0) 5442/66611, Fax: DW - 11

ID-Sticker



PATHOLOGIE - LABOR  
DR. OBRIST - DR. BRUNHUBER

**Leitung:** Dr. Peter Obrist, [peter.obrist@tyrolpath.at](mailto:peter.obrist@tyrolpath.at); Dr. Ulrich Strasser, [ulrich.strasser@tyrolpath.at](mailto:ulrich.strasser@tyrolpath.at)

**Labor:** Mag. Manuel Wieser, Samuel Huter, MSc [molpath@tyrolpath.at](mailto:molpath@tyrolpath.at)

Ggf. hier mit Etikett überkleben

#### PatientInnen-Daten:

Name (PatientIn): \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weibl.  männl.

Geb.-Datum / Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum / Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

#### Bitte ausfüllen:

- Stationär  Ambulant  
 GKK  BKK  BVA  Va  
 SVA  SVB  KUF  Zwst

Zusatzversicherung:

#### Anforderung (bitte ankreuzen):

##### Myeloproliferative Neoplasien: <sup>2,3)</sup>

- BCR-ABL1 (major/minor Screening)  
 JAK2 (V617F, Exon 12)  
 MPL (W515L/K, Exon 10)  
 CALR (Exon 9)

##### Chronische Myeloische Leukämie: <sup>2,3)</sup>

- BCR-ABL1 (major/minor Screening)  
 BCR-ABL1 (Verlauf, %IS)  
 ABL1-Resistenzmutation

##### Haarzelleukämie: <sup>1,2,3)</sup>

- BRAF: V600E

##### Mastozytose: <sup>1,2,3)</sup>

- KIT: D816V

##### Morbus Waldenström: <sup>1,3)</sup>

- MYD88: L265P

##### Lymphomdiagnostik: <sup>1,2,3)</sup>

- B-Zell-Klonalität  
 T-Zell-Klonalität  
 t (11;14) CCND1-IGH  
 t (14;18) BCL2-IGH

##### Chronische Lymphatische Leukämie: <sup>1,2,3)</sup>

- TP53 Panel  
 IGHV Mutationsanalyse  
 17p13.1 del (TP53) <sup>FISH</sup>  
 11q22.3 del (ATM) <sup>FISH</sup>  
 13q14 del (D13S319) <sup>FISH</sup>  
 Trisomie 12 <sup>FISH</sup>  
 chromosomale CNV-Analyse

##### Chronische Eosinophilenleukämie: <sup>2,3)</sup>

- FIP1L1-PDGFR

#### Benötigtes Material:

<sup>1)</sup> Paraffinblock (mit HE-Schnitt); <sup>2)</sup> Blut (7 mL EDTA Blut); <sup>3)</sup> Knochenmark (5-10 mL, Heparin (500 I.E./mL))

#### Angaben zum Probenmaterial:

Paraffinblock, Nummer: \_\_\_\_\_

Blut, Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

HE-Schnitt, Nummer: \_\_\_\_\_

KM, Entnahmedatum: \_\_\_\_\_

Diagnose / Fragestellung:

Datum:

Anfordernde/r Ärztin/Arzt:  
(Stempel):

Telefon, Fax: