

# Anforderungsbeleg

## Hämatologische Diagnostik

Tyrolpath Obrist Brunhuber GmbH

Hauptplatz 4, 6511 Zams, Tirol, Österreich

Tel.: +43 (0) 5442/66611 – DW 225 od. DW 224, Fax: DW - 11

Leitung: Dr. Ulrich Strasser, [ulrich.strasser@tyrolpath.at](mailto:ulrich.strasser@tyrolpath.at); Dr. Florian Falkner, [florian.falkner@tyrolpath.at](mailto:florian.falkner@tyrolpath.at)

Labor: [haem@tyrolpath.at](mailto:haem@tyrolpath.at)

ID-Sticker



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  Erwerbstätig  
 Ambulant  Pension  
 ÖGK  BVA-EB  BVA-OEB  Zwst  
 SVS-GW  SVS-LW  KUF  
 Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

**Probenmaterial:** Entnahme Datum & Uhrzeit: \_\_\_\_\_

### Analysen Anforderung:

- Manuelle Differenzierung/Zytologie:  Peripheres Blut  Knochenmark  
Immunphänotypisierung/FACS:  Peripheres Blut  Knochenmark  
Eisenfärbung:  Knochenmark

### Benötigtes Material:

- Manuelle Differenzierung/Zytologie: Knochenmark: 6-8 ungefärbte native Ausstriche  
Peripheres Blut: 2-4 ungefärbte Ausstriche aus EDTA-Blut, inklusive 3 mL EDTA-Blut  
Immunphänotypisierung/FACS: Knochenmark 5-10 mL (Antikoagulans HEPARIN (500 I.E./mL) oder EDTA)  
Peripheres Blut: 5-10 mL EDTA-Blut

### Bitte aktuelle bzw. relevante Laborbefunde in Kopie beilegen.

### Relevante Laborbefunde:

Leukozyten/ $\mu$ L: \_\_\_\_\_ Lymphozyten: \_\_\_\_\_  
Erythrozyten [Mill/ $\mu$ L]: \_\_\_\_\_ Monozyten: \_\_\_\_\_  
Hämoglobin [g/dL]: \_\_\_\_\_ Blasten: \_\_\_\_\_  
Thrombozyten/ $\mu$ L: \_\_\_\_\_ Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Anamnese/klinische Befunde:

- LK-Schwellung  B-Symptomatik  Splenomegalie  CRAB-Kriterien  
 Therapie: (Chemo-/Strahlentherapie; AK-/Wachstumsfaktorentherapie)

### (Verdachts-)Diagnose/Fragestellung: Erstdiagnose Verlauf

Klinische Angaben, Diagnose, Therapie (in dringenden Fällen bitte um tel. Rücksprache)

- weiterführende Stufendiagnostik (PCR, NGS, FISH)

Anfordernde/r Ärztin/Arzt (Stempel), Tel.-Nr. +43/\_\_\_\_\_, Datum: \_\_\_\_\_