Anforderungsbeleg

ID-Sticker

**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; Dr. Florian Falkner, florian.falkner@tyrolpath.at

**Labor:** haem@tyrolpath.at

**PatientInnen-Daten:**

Name (PatientIn): \_

Geschlecht: [ ]  weibl. [ ]  männl.

 Ggf. hier mit Etikett überkleben

▼ ▼

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

Anschrift: \_

Hauptversicherter: \_

Geb.-Datum / Vers.-Nr.:

**Angaben zum Probenmaterial:**

Entnahme Datum & Uhrzeit:

[ ]  Erstdiagnose [ ]  Verlauf

**Bitte ausfüllen:**

[ ]  Stationär [ ]  Ambulant

[ ]  GKK [ ]  BKK [ ]  BVA [ ]  Va

[ ]  SVA [ ]  SVB [ ]  KUF [ ]  Zwst

[ ]  Zusatzversicherung: \_

**Analysen Anforderung:**

Zytomorphologie: [ ]  PB [ ]  KM [ ]  BAL

Immunphänotypisierung: [ ]  PB [ ]  KM [ ]  BAL

Eisenfärbung: [ ]  KM

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

**Relevante Laborbefunde:**

Leukozyten/µL: \_
Erythrozyten [Mill/µL]: \_
Hämatokrit [Vol%]: \_

Hämoglobin [g/dL]: \_
MCV [fl]: \_
MCH [pg]: \_
MCHC [g/dL]: \_

Thrombozyten/µL: \_

Reti [‰]: \_

**Bitte** gegebenenfalls aktuelle bzw. relevante Laborbefunde in Kopie beilegen.

Stabkernige: \_
Segmentkernige: \_

Lymphozyten: \_
Monozyten: \_
Blasten: \_
Promyelozyten: \_
Myelozyten: \_
Metamyelozyten: \_

Eosinophile: \_
Basophile: \_
Plasmazellen: \_

LDH: \_
Vit.-B12: \_
Fe-Status: \_
Ferritin: \_
Gradient: \_

**Anamnese/klinische Befunde:**

[ ]  LK-Schwellung [ ]  B-Symptomatik [ ]  CRAB-Kriterien

[ ]  Splenomegalie [ ]  Hepatomegalie

[ ]  Therapie: (Chemo-/Strahlentherapie; AK-/Wachstumsfaktorentherapie)

**Diagnose / Fragestellung:**

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

\_

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