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](mailto: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: \_\_\_\_\_\_