

Flemmingstraße 4, 09116 Chemnitz
Tel. (0371) 333 22220
Fax (0371) 333 22101

Einsender/
Fachabteilung

TM
Sp

Auftrags-Nr.

Eintragen, sonst keine
Bearbeitung möglich! ▲

Patienten-Etikett. Sonst unbedingt ausfüllen und markieren!

Name, Vorname _____
 Straße _____
 PLZ/Wohnort _____
 Kostenträger _____
 Geb.-Datum

--	--	--	--	--	--

 männlich weiblich divers Station
 Fallnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Behandlungs-Art
 stationär
 teilstationär
 vorstationär
 nachstationär
 ambulant
 ambul. OP
 Begutacht.

Abrechnung
 privat
 Kassen (PK-EK)
 fremd. Einr.tg.
 Berufsgen.sch.

Abnahme
 Tag

--	--

 Monat

--	--

 Zeit

--	--

Unterschrift und Namensstempel

Klinische Fragestellung:

Erstdiagnose
 Verlaufskontrolle
 ALL bitte angeben: B-Zell T-Zell
 AML
 CLL
 CML
 MDS
 MPN
 NHL bitte angeben: B-Zell T-Zell
 Plasmozytom/MM
 Sonstiges: _____

Laborbefund (Hämatologie):

Leukozyten:

Anforderung/Material (mit Heparin versetzt)

Chromosomenanalyse Knochenmark-Aspirat
 FISH Peripheres Blut
 Sonstiges _____

Bei ambulanten Untersuchungen Überweisungsschein (Muster 10 und Muster 6) beilegen.
Diese Untersuchung belastet nicht Ihr Laborbudget.

Die Abteilung Humangenetik nimmt an den qualitätssichernden Maßnahmen des Berufsverbandes „Deutscher Humangenetiker e.V.“ (BvdH) teil.

3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15