

Eintragen, sonst keine  
Bearbeitung möglich!

**Patienten-Etikett.** Sonst unbedingt ausfüllen und markieren!

Name,  
Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

Kostenträger

Geb.-Datum

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

männlich

weiblich

Station

Fallnummer

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

<b>Behandlungs-Art</b>	<b>stationär</b>	<b>Abnahme</b>
	<b>teilstationär</b>	Tag
	<b>vorstationär</b>	
	<b>nachstationär</b>	
	<b>ambulant</b>	Monat
	<b>ambul. OP</b>	
	<b>Begutacht.</b>	
<b>Abrechnung</b>		Zeit
	<b>privat</b>	
	<b>Kassen (PK-EK)</b>	
	<b>fremd. Einr.tg.</b>	
	<b>Berufsgen.sch.</b>	

Unterschrift und Namensstempel

Klinische Fragestellung:

- Erstdiagnose
  - Verlaufskontrolle
  - ALL
  - AML
  - CLL
  - CML
  - MDS
  - MPS
  - NHL
- Plasmozytom/MM Leichtkette **unbedingt** angeben:  Lambda  Kappa
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Laborbefund (Hämatologie):

Leukozyten:

**Anforderung/Material** (mit Heparin versetzt)

- Klassische Zytogenetik
- Knochenmark-Aspirat
- Peripheres Blut
- FISH
- 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.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15