



Angaben zu Versicherung:

Rechnung an:

☐ Patient/in☐ Auftraggeber☐ Versicherung

Kopie an:

☐

Zust. Ärztin / Arzt (Tel. notieren):

Datum/Zeit der Probenentnahme

Tag

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 20 ☐ 30

Monat

☐ J ☐ F ☐ M ☐ A ☐ M ☐ J ☐ J ☐ A ☐ S ☐ O ☐ N ☐ D

Stunde

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 20

Minute

☐ 00 ☐ 05 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐ 35 ☐ 40 ☐ 45 ☐ 50 ☐ 55

Klinische Angaben / Fragestellung

Klinische Angaben / Fragestellung / Therapie:

Immuntherapie (z.B. Blinatumomab, Rituximab), welche:

☐ Erstuntersuchung☐ Bestätigung der Diagnose☐ Verlaufskontrolle☐ Minimal Residual Disease (MRD)☐ Rezidiv☐ Zytopenie☐ Gammopathie☐ Lymphadenopathie☐ Hepato- / Splenomegalie☐ Hautbeteiligung☐ anderes:☐ Transfusion ja / nein☐ Schwangerschaft (SSW:)☐ Ethnische Herkunft/Land:☐ Nachverordnung vom:

Probenmaterial

☐ EDTA-Blut ①☐ Heparin-Blut (ohne Trenngel) ②☐ Aphereseprodukt ③☐ Feinnadelpunktion ④☐ Ascites (EDTA) ⑤☐ Pleuraerguss (EDTA) ⑤☐ Liquor ⑤ (Transfix) oder *☐ Anderes Material ⑤ **

* Liquor nativ innerhalb 30 min nach Entnahme

** Nativ oder EDTA wenn blutig

☐ Knochenmark (EDTA) ⑥☐ Crista iliaca links☐ Crista iliaca rechts☐ Sternum☐ anderer Ort:☐ Bronchoalveoläre Lavage (BAL) ⑦

links

rechts

Vol. instilliert: ml

☐ Oberlappen

Vol. aspiriert: ml

☐ Mittellappen☐ Unterlappen

Hämatologie (Morphologie / Zytochemie)

Telefonisch anmelden, Tel Hämatologie: 062 838 53 23

☐ Knochenmarkzytologie (Differenzierung / Beurteilung) ⑧

Weitere zytochemische Analysen werden je nach Fragestellung und/oder Morphologie automatisch durchgeführt.

☐ Zellzahl, Differenzierung der Bronchoalveolären Lavage ⑦☐ Eisenfärbung (BAL) ⑦

Immunphänotypisierung / FACS

Montag - Donnerstag 8-17 Uhr (Liquor, Biopsie und FNP nur bis 15 Uhr + Tel anmelden!), Freitag bis 12 Uhr, Tel FACS: 062 838 53 20

Leukozyten - Subpopulationen
Quantifizierung☐ T-, B-, NK-Lymphozyten ① ⑦
(CD3, CD4, CD8, CD19, CD16/CD56, CD45)☐ T-Lymphozyten ① ⑦
(CD3, CD4, CD8, CD45)☐ B-Lymphozyten ① ⑦
(CD19, CD20, CD45)☐ CD34⁺-Stammzellen ① ⑧
(CD34, CD45)☐ CAR-T Zellen ① ⑨☐ CD19 ☐ BCMAHämatologische Neoplasien
Typisierung☐ Akute Leukämie ① ④ ⑤ ⑥☐ Lymphom / Lymphatische Leukämie ① ④ ⑤ ⑥ ⑦☐ Myelom / Monoklonale Gammopathie ① ④ ⑤ ⑥☐ Myelodysplastisches Syndrom ⑥☐ Systemische Mastozytose ⑥☐ NGF (next generation flow) MM-MRD ⑥

Weitere Abklärungen

☐ PNH-Abklärung ①

Weitere Abklärungen

ALLE telefonisch im FACS anmelden!

☐ Basophilendegranulation ②
(Biene/Wespe)

NUR MONTAG-MITTWOCH!

☐ CGD-Abklärung ②
(NADPH-Oxidasedefekt/DHR-123 Test)☐ Leukozyten-Adhäsionsdefekt (LAD) ①
Common Variable Immunodeficiency (CVID)☐ B-Zell-Subpopulationen (CVID) ①☐ T-Zell-Subpopulationen (CVID) ①☐ CD40-Ligand auf T-Zellen (CVID) ②

Gewebebiopsien unfixiert in gepufferten Salzlösungen oder Kulturmedien versenden.

Stammzell-Labor

Telefonisch anmelden (FACS: 062 838 53 20)

☐ Plasma-Reduktion und Kryopräservation ③☐ Transplantation / Reinfusion

Auftraggeber: (Stempel und Unterschrift zuständige/r Ärztin/Arzt)

Erythrozytenfunktionsdiagnostik (EFD) siehe Rückseite

Markierung

Richtig ☒

Falsch ☐



Für genetische Untersuchungen bedarf es einer schriftlichen Einverständniserklärung der untersuchten Person, bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten.

Tel EFD: 062 838 53 36

Thalassämien und Hämoglobinopathien

Enzyme quantitativ ①

- Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase (G-6-PD)
- Pyruvat-Kinase (PK)

Molekulargenetik 📞 (Tel: 062 838 53 00)

- α-Thalassämie: Abklärung der häufigsten Deletionen
- α-Thalassämie: Detaillierte Deletions- / Mutationsabklärung
- β-Thalassämie: Abklärung der häufigsten Mutationen
- β-Thalassämie: Detaillierte Mutationsabklärung
- Hb-Variante: Detaillierte Mutationsabklärung

- ☐ Ferritin liegt bei
- ☐ Hämogramm liegt bei
- ☐ keine Molekulargenetik

- ⬡ Ferritin liegt bei

- Hämogramm liegt bei

keine Molekulargenetik

keine Molekulargenetik

keine Molekulargenetik

(Abklärung bei Verdacht auf Erythrozytenmembranerkrankungen)
(Nur nach tel. Voranmeldung Mo-Do)

Hb-Derivate ①

Methämoglobin

Carboxyhämoglobin

Einverständniserklärung für genetische Untersuchung(en) nach GUMG:

Ich bestätige hiermit, dass ich gemäss dem Gesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen genetisch beraten worden bin und auch das Recht habe meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Ich bin einverstanden (nicht zutreffendes bitte streichen), dass meine Probe über die gesetzliche Frist hinaus bewahrt wird und für Qualitätskontrollen in anonymisierter Form eingesetzt wird.

Ich gebe meine Einwilligung für die Durchführung der hier angeforderten genetischen Analyse(n).

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in (rechtl. Vertretung)

Unterschrift Ärztin/Arzt (Name in Druckschrift)

Unterschrift Ärztin/Arzt UND Patient/in (es werden beide Unterschriften benötigt)

Bitte beachten Sie: Bei der Durchführung grosser Genpanelanalysen bedarf es einer ausführlichen Einverständniserklärung (s. z.B. Auftragsformular Medizinische Genetik, KS).