



## Angaben zu Versicherer:

Klin. Chemie: 5317    Immunologie: 5314  
Hämatologie: 5310    Med. Genetik: 5300  
Gerinnung: 5331    FACS: 5320

Rechnung an:    Kopie an:

- ☐ Patient/in    ☐  
☐ Auftraggeber  
☐ Versicherer

Legende: s. Rückseite

Zuständige/r Ärztin/Arzt: Bitte die Suchnummer  
markieren oder im Feld klin. Angaben den Namen stempeln.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

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: .....

- |                                                         |                                                  |                                                      |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung               | <input type="checkbox"/> Zytopenie               | <input type="checkbox"/> Transfusion ja / nein       |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung der Diagnose       | <input type="checkbox"/> Gammopathie             | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (SSW:    )  |
| <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle              | <input type="checkbox"/> Lymphadenopathie        | <input type="checkbox"/> Ethnische Herkunft    ..... |
| <input type="checkbox"/> Minimal Residual Disease (MRD) | <input type="checkbox"/> Hepato- / Splenomegalie | Land: .....                                          |
| <input type="checkbox"/> Rezidiv                        | <input type="checkbox"/> Hautbeteiligung         | <input type="checkbox"/> Nachverordnung vom: .....   |
|                                                         | <input type="checkbox"/> anderes: .....          |                                                      |

## Probenmaterial

- |                                                         |                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EDTA-Blut ①                    | <input type="checkbox"/> Knochenmark (EDTA) ⑥                                                         |
| <input type="checkbox"/> Heparin-Blut (ohne Trenngel) ② | <input type="checkbox"/> Crista iliaca <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Aphereseprodukt ③              | <input type="checkbox"/> Sternum                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Feinnadelpunktion ④            | <input type="checkbox"/> anderer Ort: .....                                                           |
| <input type="checkbox"/> Ascites (EDTA) ⑤               | <input type="checkbox"/> Bronchoalveoläre Lavage (BAL) ⑦                                              |
| <input type="checkbox"/> Pleuraerguss (EDTA) ⑤          | Vol. instilliert:    ml <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts                |
| <input type="checkbox"/> Liquor ⑤ ***                   | Vol. aspiriert:    ml <input type="checkbox"/> Oberlappen <input type="checkbox"/>                    |
| <input type="checkbox"/> Anderes Material ⑤ * .....     | <input type="checkbox"/> Mittellappen <input type="checkbox"/>                                        |
| * Nativ oder EDTA wenn blutig                           | <input type="checkbox"/> Unterlappen <input type="checkbox"/>                                         |
| ** innerhalb 30 min nach Entnahme                       |                                                                                                       |

## Hämatologie (Morphologie / Zytochemie)

Telefonisch anmelden, Tel intern Hämatologie: 5323

- |                                                                                                            |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Knochenmarkzytologie (Differenzierung / Beurteilung) ⑥                            | <input type="checkbox"/> Zellzahl, Differenzierung der Bronchoalveolären Lavage ⑦ |
| Weitere zytochemische Analysen werden je nach Fragestellung und/oder Morphologie automatisch durchgeführt. | <input type="checkbox"/> 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 intern: 5320

| Leukozyten - Subpopulationen<br>Quantifizierung                                                | Hämatologische Neoplasien<br>Typisierung                   | Weitere Abklärungen<br>ALLE telefonisch anmelden! (Tel. 5320)                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T-, B-,s NK-Lymphozyten ① ⑦<br>(CD3, CD4, CD8, CD19, CD16/CD56, CD45) | <input type="checkbox"/> Akute Leukämie ① ④ ⑤ ⑥            | <input type="checkbox"/> Basophilendegranulation<br>(Biene/Wespe)              |
| <input type="checkbox"/> T-Lymphozyten ① ⑦<br>(CD3, CD4, CD8, CD45)                            | <input type="checkbox"/> Lymphom / Lymphatische Leukämie   | <b>NUR MONTAG-MITTWOCH!</b>                                                    |
| <input type="checkbox"/> B-Lymphozyten ① ⑦<br>(CD19, CD20, CD45)                               | <input type="checkbox"/> Myelom / Monoklonale Gammopathie  | <input type="checkbox"/> CGD-Abklärung ②<br>(NADPH-Oxidasedefekt/DHR-123 Test) |
| <input type="checkbox"/> CD34 <sup>+</sup> -Stammzellen ① ③<br>(CD34, CD45)                    | <input type="checkbox"/> Myelodysplastisches Syndrom ⑥     | <input type="checkbox"/> Leukozyten-Adhäsionsdefekt (LAD)                      |
| <input type="checkbox"/> CAR-T (CD19) Zellen ① ⑤                                               | <input type="checkbox"/> Systemische Mastozytose ⑥         | <b>Common Variable Immunodeficiency (CVID) ①</b>                               |
| <input type="checkbox"/> CD19 <input type="checkbox"/> BCMA                                    | <input type="checkbox"/> NGF (next generation flow) MM-MRD | <input type="checkbox"/> B-Zell-Subpopulationen                                |
|                                                                                                | Weitere Abklärungen                                        | <input type="checkbox"/> T-Zell-Subpopulationen                                |
|                                                                                                | <input type="checkbox"/> PNH-Abklärung ①                   | <input type="checkbox"/> CD40-Ligand auf T-Zellen                              |

Gewebebiopsien unfixiert in gepufferten Salzlösungen oder Kulturmedien versenden.

## Stammzell-Labor

Telefonisch anmelden, Tel intern: 5320

- ☐ Plasma-Reduktion und Kryopräservation ③
- ☐ Transplantation / Reinfusion

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

Erythrozytenfunktionsdiagnostik (EFD) siehe Rückseite ➡

## Markierung

Richtig ☒

Falsch ☐



Im Unterauftrag vergebene Analysen und Analysen, die im nicht-akkreditierten Bereich durchgeführt werden, können dem elektronischen Analysenverzeichnis ([www.ksa.ch/labormedizin](http://www.ksa.ch/labormedizin)) entnommen werden.

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

Tel. intern 5336

## Thalassämien und Hämoglobinopathien

### Enzyme quantitativ ①

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

## Molekulargenetik ①

- $\alpha$ -Thalassämie: Abklärung der häufigsten Deletionen
- $\alpha$ -Thalassämie: Detaillierte Deletions- / Mutationsabklärung
- $\beta$ -Thalassämie: Abklärung der häufigsten Mutationen
- $\beta$ -Thalassämie: Detaillierte Mutationsabklärung
- Hb-Variante: Detaillierte Mutationsabklärung

- Ferritin liegt bei
- Hämogramm liegt bei
- keine Molekulargenetik

- ☐ HbA<sub>2</sub>
- ☐ HbF (quantitativ)
- ☐ Verlaufskontrolle

Hb, HbA und HbF, sowie Anteil der Hb-Variante

## ergänzende Tests

- Sichelzell-Test
- ZnPP (Zinkprotoporphyrin)
- Ektazytometrie inkl. EMA-Test  
(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 bzw. Vormund

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).