

Patient\*innendaten

Klinik / Station / Praxis

# Untersuchungsauftrag

Telefonnummer oder Piepser: \_\_\_\_\_  
Bitte immer für Rückfragen angeben!

Hiermit beauftrage ich die Analysen:



Klinik für Innere Medizin I  
**Diagnostische Laboratorien**

Telefon: 0761 270-35140  
itz.med1.diagnostiklabore@  
list.uniklinik-freiburg.de

Probeneingang: ITZ, EG 00.071  
Probenannahme: Mo-Fr 8:00-15:00 Uhr  
(Liquormaterial: Mo-Fr 8:00-14:00 Uhr)

Datum \_\_\_\_\_ ärztliche Unterschrift und Stempel \_\_\_\_\_

Diagnose	Zytomorphologie Tel.: 35140	Molekulare Diagnostik Tel.: 32100	FISH-Labor Tel.: 33780	Diagnostische Laboratorien
<input type="checkbox"/> AML <input type="checkbox"/> T-NHL <input type="checkbox"/> B-ALL <input type="checkbox"/> Sezary-Syndrom <input type="checkbox"/> T-ALL <input type="checkbox"/> MDS <input type="checkbox"/> CML <input type="checkbox"/> MPN <input type="checkbox"/> B-NHL <input type="checkbox"/> NSCLC <input type="checkbox"/> CLL <input type="checkbox"/> Kolonkarzinom <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> Melanom  <input type="checkbox"/> Haarzell-Leukämie <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <b>Verdacht</b> <input type="checkbox"/> <b>Erstdiagnose</b> <input type="checkbox"/> <b>Verlauf</b> <input type="checkbox"/> <b>Rezidiv</b>  <b>Zeit nach TX:</b> _____  <b>Aktuelle Therapie:</b> _____  <b>Fragestellung:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Differentialblutbild <input type="checkbox"/> Knochenmarkzytologie <input type="checkbox"/> Peroxidasefärbung <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> Eisenfärbung <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM Liquor/Erguss: _____  <b>Zellmarker-Labor Tel.: 35050</b>  <b>Akute Leukämie</b> <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> _____ <b>B-NHL</b> <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> _____ <b>T-NHL</b> <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Lymphknoten <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> _____ <b>Multiples Myelom</b> <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> _____ <b>Haarzellleukämie</b> <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <b>PNH</b> Blut <input type="checkbox"/> <b>Lymphozytensubpopulation (T4/T8)</b> Blut <input type="checkbox"/> <b>Lymphozytenregeneration (TX-Patient)</b> Blut <b>Bestimmung vitaler Stammzellen</b> <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Leukapheresat <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> <b>CAR-T Zellen</b> Blut <input type="checkbox"/> <b>Tumorzellen</b> Material: _____ <input type="checkbox"/> <b>Andere Marker:</b> _____ _____	<b>Panel:</b> <input type="checkbox"/> Myeloid <input type="checkbox"/> Lymphoid <input type="checkbox"/> TP15 <input type="checkbox"/> MM <input type="checkbox"/> Cancer Fusion  <b>Genexpression:</b> <input type="checkbox"/> WT1 <input type="checkbox"/> EVI1/MECOM <input type="checkbox"/> Andere: _____  <b>Fusionen:</b> <input type="checkbox"/> BCR-ABL <input type="checkbox"/> Andere: _____  <input type="checkbox"/> MPN Stufendiagnostik (JAK2, CALR, MPL) <input type="checkbox"/> JAK2 V617F  <input type="checkbox"/> <b>MRD Verlauf</b> (Marker bitte angeben): _____ <input type="checkbox"/> MYD88 L265P <input type="checkbox"/> Eosinophilie-Panel (KIT, STAT5b, Fusionen) <input type="checkbox"/> DPYP Polymorphismen <b>Aufklärung!</b> (DPD-Score vor 5'FU Applikation) <input type="checkbox"/> BRAF V600E <input type="checkbox"/> BRAF Exon 15 <input type="checkbox"/> KIT D816V <input type="checkbox"/> CAR-T Verlaufskontrolle <input type="checkbox"/> Lymphotrack™ (TRG, IGH)  CNV: <input type="checkbox"/> TPSAB1 <input type="checkbox"/> Anderes: _____  <b>Liquid Biopsy Labor Tel.: 33850</b> (3 x 9 ml EDTA - Blut!)  <b>EGFR</b> <input type="checkbox"/> Del19 <input type="checkbox"/> L858R <input type="checkbox"/> T790M <input type="checkbox"/> L861Q <input type="checkbox"/> C797S  <b>BRAF</b> <input type="checkbox"/> V600E <input type="checkbox"/> V600D <input type="checkbox"/> V600R <input type="checkbox"/> V600M <input type="checkbox"/> V600K  <b>KRAS</b> <input type="checkbox"/> G12D <input type="checkbox"/> G12V <input type="checkbox"/> G12R <input type="checkbox"/> G12C <input type="checkbox"/> G12A <input type="checkbox"/> G12S <input type="checkbox"/> G13D Andere Mutationen: _____ _____	Panel gemäß der Angabe zur Diagnose <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> _____  <input type="checkbox"/> Sonstige Aberration: _____  <b>KMT-Labor Tel.: 35820</b>  Chimärismusanalyse <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> _____  Asservierung <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM  <b>Versand Tel.: 35140</b> <input type="checkbox"/> Chromosomenanalyse ( <b>Heparin!</b> ) <input type="checkbox"/> An: _____ _____  <b>Freeze Biobank</b> Tel.: 35140 oder direkt 77741 <input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> Projekt: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	<p style="text-align: right;"><i>Vom Labor auszufüllen!</i></p> <b>Zentraler Probeneingang:</b> (Datum, Uhrzeit und MA-Kürzel)  <b>Proben:</b> (Anzahl + Art)    <b>Qualität der Proben</b> <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> akzeptabel <input type="checkbox"/> RS Einsender  <b>Probenaufbereitung</b> <input type="checkbox"/> Lyse <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> MNC <input type="checkbox"/> RLT-Puffer _____ µl <input type="checkbox"/> Blut Zellzahl: _____ <input type="checkbox"/> KM Zellzahl: _____ <input type="checkbox"/> _____ Kürzel: _____ Notizen: _____ _____ _____ _____ _____ _____