

**EINSENDESCHEIN ZUR ZYTOGENETISCHEN DIAGNOSTIK**

Anlage 1



UNIVERSITÄTSKLINIKUM  
 GIESSEN UND MARBURG

**Institut für Pathologie**

Direktor: Prof. Dr. S. Gattenlöhner  
 Langhansstr. 10, 35392 Gießen

**Bereich Zytogenetik**

Dr. rer. nat. Jutta Bradtke  
 Tel.: 0641-985 43424/-41108  
 Fax: 0641-985 41119  
 E-Mail: Jutta.Bradtke@uk-gm.de

Medizinisches Laboratorium akkreditiert nach DIN EN ISO 15189:2014



Koordinierende Referenzpathologie Pädiatrische Hodgkin-Lymphome  
 Zytogenetisches Referenzlabor BFM-NHL-, CoALL-, InReALL-Studien



GPOH-HD Studiengruppe

**vom Einsender auszufüllen**

**Patientendaten**

**Einsender**

Name: .....  
 Vorname: .....  
 Geburtsdatum: .....  
 Geschlecht:  w  m

Ärztin / Arzt: .....  
 Klinik: .....  
 Straße: .....  
 PLZ Ort: .....  
 Telefon: .....

(ggf. Patientenadresse):

**Aktuelle Leukozytenzahl (WBC) im peripheren Blut:.....**

Diagnose: ..... ggf. Therapie-Studie: .....

Erstdiagnose  Rezidiv  nach KMT

Frühere genetische Analyse:  ja  nein

falls ja, Befund: ..... Datum: ..... Ort: .....

Bemerkungen: .....

**Auftrag:**  Chromosomenanalyse  FISH  Molekulargenetik

**Untersuchungsmaterial:**

Ausstriche Leukozyten Blasten

|                          |                                  |                               |                          |           |         |
|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-----------|---------|
| <b>Knochenmark*</b>      | <input type="checkbox"/> Heparin | <input type="checkbox"/> EDTA | <input type="checkbox"/> | ..... /µl | ..... % |
| <b>Blut*</b>             | <input type="checkbox"/> Heparin | <input type="checkbox"/> EDTA | <input type="checkbox"/> | ..... /µl | ..... % |
| <b>Sonstiges*:</b> ..... |                                  |                               | <input type="checkbox"/> | ..... /µl | ..... % |

**Abnahme-Datum:..... Unterschrift:.....**

\*mind. 5ml, ungekühlt, max. Heparinkonzentration von 10 i.E./ml, Zustellung per Kurier/Postexpressdienst für den Folgetag vor 10:00 Uhr; ggf. auch Wochenend-/Feiertagszustellung. Ausstriche unfixiert, ungefärbt. **Telefonnummer Labor: 0641-985 43428**

**wird vom Labor ausgefüllt**

Eingangsdatum:..... Eingangsnummer:.....

KM:..... Buffy/ .....h Kultur Bemerkungen:.....

pB:..... Buffy/ .....h Kultur .....