

Hausadresse:

Raum 3.E1.216/Telelift 134
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen

Telefon:

0551/39-67 169

Fax:

0551/39-67 173



UMG
Labor



INDIGHO
Labor



Klinik für Hämatologie
und Med. Onkologie

Spezielle hämatologische Labordiagnostik

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Sie erreichen uns unter folgenden**Telefonnummern:**

Hämatologie: 0551-3967169

Zytophysik/FISH: 0551-3962077

Molekulargenetik: 0551-3962078

Pathologie: 0551-396568 1

Diagnose/Verdachtsdiagnose:

- AML ALL NHL
 MDS MPN Myelom

Datum Erstdiagnose:

Rezidiv: Ja Nein

Klinische Angaben/Vortherapien:

Fragestellung:**Untersuchungsmaterial:**

- Knochenmark
 Knochenmark-Ausstriche
 Peripheres Blut
 Liquor
 Sonstiges

Blutbild und Diff.-Blutbild:

Hämoglobin: _____ g/dl mmol/l
Leukozyten: _____ *10³/ul
Thrombozyten: _____ *10³/ul
Blasten: _____ %
Lymphozyten: _____ %

Benötigtes Material:

Zytomorphologie: 2-4 ungefärbte KM-Ausstriche
Differenzialblutbild: 1 EDTA-Röhrchen
Immunphänotypisierung: Blut: 1 EDTA- oder 1 Heparin-Röhrchen
KM: 3 ml in EDTA oder Heparin
Zytophysik/FISH: Blut: 2 Heparin-Röhrchen
KM: 20 ml in Heparin
Molekulargenetik: Blut: 2 EDTA-Röhrchen
KM: 20 ml in Heparin
KM-Histologie: 1 KM-Stanze (1-1.5 cm)
Stufendiagnostik: Blut: 2 EDTA und 2 Heparin-Röhrchen
KM: KM: 20 ml in Heparin

Gewünschte Untersuchungen im UMG-Labor:

- Zytomorphologie
 Ärztlich befundetes Differenzialblutbild
 Immunphänotypisierung (FACS-Analyse)
 Stufendiagnostik*

*Stufendiagnostik: Befundender Arzt entscheidet über die erforderlichen Untersuchungen und leitet Probe ggf. auch in das INDIGHO-Labor weiter. Es erfolgt hier keine gesonderte Rücksprache mit dem Einsender.

Bitte einen Überweisungsschein beifügen

Gewünschte Weiterleitung in folgende Labore:**INDIGHO-Labor (gesondertes Anforderungsformular)**

- Zytophysik/FISH
 Molekulargenetik

Pathologie UMG

- KM-Histologie

Bitte für jedes Labor einen Überweisungsschein beifügen



Download Anforderungsformular Hämatologie



Download Anforderungsformular INDIGHO-Labor

Datum: _____

Einsender (Stempel): _____

Arzt (bei Rückfragen): _____

Telefon: _____