

**NHL-BFM Studien
Untersuchungsauftrag
Durchflußzytometrie**

Hämatologie Labor Kiel
Klinik für Innere Medizin II
UKSH, Campus Kiel
Langer Segen 8-10
24105 Kiel

Direktorin der Klinik für Innere Medizin II: UKSH, Campus Kiel
Prof. Dr. C. Baldus Hämatologie Labor Kiel
Sektionsleitung: Langer Segen 8-10
Prof. Dr. M. Brüggemann 24105 Kiel
Telefon Laborsekretariat: 0431-500-24970
Telefon Durchflußzytometrie: 0431-500-24965
Fax: 0431-500-24974

Labor Öffnungszeiten: Mo – Do 07:00 – 19:00
Fr 07:00 – 17:30
Sa 12:00 – 16:00
Keine Probenverarbeitung am Sonntag

Versand

– 24 h EXPRESS mit Zustellung vor 12:00 –
Bei Versand am Freitag bitte tel. Vorankündigung und
unbedingt Samstagszustellung ankreuzen

Patientendaten (Aufkleber)

Name, Vorname.....
Geburtsdatum..... Geschlecht M W
Straße.....
PLZ/Stadt.....

Krankenhaus/Klinik/Studienzentrum (Stempel)

Diagnose / V.a.

Falls bekannt, bitte klinische und/oder morphologische
Verdachtsdiagnose unbedingt angeben:

- (V.a.) T-LBL
- (V.a.) reifes B-NHL
- (V.a.) NHL ohne nähere Information
- Sonstige Verdachtsdiagnose

.....
Behandelnder Arzt
[BITTE DRUCKSCHRIFT]

.....
Unterschrift

TEL:

FAX*:

**Wenn Befundübermittlung vorab per Fax gewünscht
(Fax-Gerät muss vor Fremdzugriff geschützt sein)*

Abnahmezeitpunkt

- Erstdiagnose
- (V.a.) Rezidiv*
- Anderer Zeitpunkt*
- *Bitte Befund v.d. Erstdiagnose (Zyto-/Histomorphologie) beilegen.*

Materialentnahme

Datum / /

Uhrzeit :

Untersuchungsmaterial

- Knochenmarkaspirat (Heparin, mind. 2 ml)
- Pleuraerguss (Heparin, mind. 2 ml)
- Aszites (Heparin, mind. 2 ml)
- Bitte ein ungefärbtes Ausstrichpräparat beilegen.*

Anderes Untersuchungsmaterial

.....

Bitte verwendetes Antikoagulans angeben.

Organvergrößerung

.....

Sonstige Angaben

.....

Vorbehandlung

.....

.....

.....