

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 41149
E-Mail: Jutta.Bradtke@uk-gm.de

Inspektionsstelle Typ C akkreditiert nach DIN EN ISO/IEC 17020:2012
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

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: ☐ w ☐ m

Einsender

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

Knochenmark* ☐ Heparin ☐ EDTA ☐ /µl %

Blut* ☐ Heparin ☐ EDTA ☐ /µl %

Sonstiges*: ☐ /µl %

Abnahme-Datum: **Unterschrift:**

*5-7 ml, 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