



**Hämatologisches Diagnostiklabor IM2**  
Otfried-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen  
Ärztliche Direktorin:  
Prof. Dr. med. Claudia Lengerke

**Hämatologische Diagnostik**  
Ärztliche Leitung: Prof. Dr. med. Claudia Lengerke  
[www.medizin.uni-tuebingen.de/haemdiagnostik](http://www.medizin.uni-tuebingen.de/haemdiagnostik)

Tel. 07071 29-68473 Dr. med. Friederike Schwartz  
07071 29-80647 Dr. rer. nat. Britta Merz  
Fax: 07071 29-3692  
E-Mail: [haemdiagnostik@med.uni-tuebingen.de](mailto:haemdiagnostik@med.uni-tuebingen.de)

Anfordernde(r) Ärztin/Arzt:

Datum Name Unterschrift Tel./Fax

Etikett Patientin/Patient

Praxis/Klinik-Stempel

ambulant stationär ärztliche Wahlleistung M F R

## Untersuchungsauftrag

### Untersuchung:

- Zytologie:** Differentialblutbild: 2-5 ml EDTA-Blut, Knochenmark-Zytologie: 5-10 ml EDTA-Knochenmark, Zentrifugenpräparat: 2 ml Liquor, Aszites, Pleura-/Perikarderguss  
 **Immunphänotypisierung:** 10-15 ml Blut/Knochenmark (EDTA/Heparin) oder anderes flüssiges Probenmaterial (Liquor, Aszites, Pleura-/Perikarderguss)  
 **Molekulare Diagnostik:** 10-20 ml EDTA-Blut/Knochenmark + Einwilligungserklärung S.3

Wenn möglich für jede Untersuchungsoption separate Probenröhrchen einsenden. Die Untersuchungen erfolgen unter der Voraussetzung, dass die Patienten/Patientinnen darüber aufgeklärt wurden und einverstanden sind, dass die Proben für evtl. weitere Untersuchungen aufbewahrt werden.

### Material:

- Blut  Knochenmark  Sonstiges:

### Datum Material-Entnahme:

### Verdachtsdiagnose / Diagnose:

Infektiosität Probenmaterial  nein  ja, Erreger:

### Fragestellung:

- Erstdiagnose  Verlauf  Remissionskontrolle  
 Rezidiv  MRD

### Derzeitige Therapie:

### Laborwerte:

Leukozyten (n/ $\mu$ l):

Hämoglobin (g/dl):

Thrombozyten (n/ $\mu$ l):

Laborwerte können gerne als Anhang mitgeschickt werden.

### Sonstige Anmerkungen:



## Untersuchungsspektrum

### Zytologie (Telefon Labor: 07071 29-84492)

- Zytomorphologie (Differentialblutbild)
- Knochenmark-Zytologie
- Zentrifugenpräparat (Liquor, Aszites, Pleura-/Perikarderguss, Gallenflüssigkeit)

Hinweis: Es besteht auch die Möglichkeit Blut-/Knochenmark-Ausstriche zu schicken (bitte unbedingt auf gute Qualität achten).

#### Färbungen:

- Peroxidase
- Esterase
- Eisenfärbung

### Immunphänotypisierung (Telefon Labor: 07071 29-84089)

- Diagnostik gemäß Diagnose / Verdachtsdiagnose / klinischen Angaben
- Immunstatus
- CD4/CD8 Bestimmung
- PNH (Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie)

### Molekulargenetik (Telefon Labor: 07071 29-83692)

#### Qualitative Methoden:

- t(8;21) (AML-ETO)
- t(15;17) (PML-RARA)
- inv16 (CBFB-MYH11)
- t(9;22) (BCR-ABL)
- t(14;18) (BCL2-JH)
- t(11;14) (BCL1-JH)
- 

#### JAK2 V617F

- Calreticulin (CALR)-Typ-I/Typ-II-Mutation

Real-Time PCR:  NPM1-A- / B- / D-Mutation

#### Panel-Diagnostik myeloische Neoplasien:

- Real-Time PCR Screening Test für Translokationen (Details siehe Homepage)
- NGS Oncomine Myeloid-Panel (Details siehe Homepage)

→ bitte Einwilligungserklärung S.3 beachten und unterzeichnen

- Untersuchung nach klinischer Fragestellung



**Hämatologisches Diagnostiklabor IM2**  
 Otfried-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen  
 Ärztliche Direktorin:  
 Prof. Dr. med. Claudia Lengerke

**Universitätsklinikum  
 Tübingen**

**Einwilligungserklärung** (externe Einsendungen)  
 zur gentechnischen Untersuchung (§8  
 Gendiagnostikgesetz)

<p><b>Patientin/Patient:</b></p> <p><input type="checkbox"/> w    <input type="checkbox"/> m</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geb.: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p>	<p><b>Einsendende(r) Ärztin/Arzt:</b></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>Name bitte in Druckbuchstaben</i></p> <p>Klinik: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Wichtig: Bitte Telefonnummer angeben!</b></p> <p>Tel./Fax: _____</p>
---	---

Ich wurde von meiner/meinem behandelnden Ärztin/Arzt über die Bedeutung und Tragweite der infrage stehenden Diagnostik, insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen, aufgeklärt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die bei der Aufklärung genannte Untersuchung eingeräumt, und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine(n) Ärztin/Arzt, laborinterne Kontrollen und wissenschaftliche Zwecke (z. B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt und verwendet wird.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin mit der Weitergabe des Befundes an mit- und nachbehandelnde Ärzte und Ärztinnen, innerhalb des Klinikums auch online, einverstanden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bei Bedarf dürfen die Ergebnisse der Untersuchung für die Beratung und Untersuchung von Familienmitgliedern genutzt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Patient/Patientin bzw. sorgeberechtigte Person

**Auftrag: Hiermit bitte ich um Durchführung der auf Seite 2 ausgewählten Untersuchung.**

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des anfordernden Arztes/der anfordernden Ärztin