

<b>FB ALLG-001 Laboreinsendeschein</b> (Formblatt)		Dok.-Nr. 66529 – Version 3 – S. 1 / 2
Ersteller: Engelmann, Robby, Dr. rer. nat.	Freigeber: Böttcher, Sebastian, Prof. Dr. med.	Freigegeben: 06.05.2026 Nächste Überarbeitung: 06.05.2027

--- Bitte senden Sie das Untersuchungsmaterial an: Hämatologisches Speziallabor, Schillingallee 36, 18057 Rostock ---

--- Kontakt: ☎ 0381/494 7321, ✉ haema-speziallabor@med.uni-rostock.de ---

Probenannahme: Mo-Do 7:30 bis 16:30, Fr. 7:30 bis 14:00 oder nach Voranfrage,  FAX-Benachrichtigung (Fax-Gerät muss vor Fremdzugriff geschützt sein.)

<b>Patientendaten</b> (Aufkleber) Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d bei <u>Studieneinsendungen</u> : Studienname: _____ Patientennummer: _____	<b>Einsender</b> (Stempel) Tel.: _____ Fax.: _____	<b>Probenmaterial</b> <input type="checkbox"/> Blut ( <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> EDTA) <input type="checkbox"/> Knochenmarkspirat ( <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> EDTA) <input type="checkbox"/> Knochenmarkausstriche <input type="checkbox"/> Liquor ( <input type="checkbox"/> Transfix <input type="checkbox"/> nativ) Sonstiges: _____ <b>Probenentnahme</b> Datum <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Uhrzeit: _____
--	--	---

**Abrechnung**  
 Studie  ambulant GKV (Ü-Schein, Muster 10)  ambulant GKV (§116b)  stationär, Rechnung an Klinik  ambulant PKV  
 \* Laborschein 10 muss Angabe der Diagnose nach ICD10 oder Indikation enthalten

**Fragestellung & Diagnose**  
**Abklärung von:**  Zytopenien  Leukozytose  Splenomegalie  Lymphadenopathie  atypische Lymphozyten  Blasten  
 Paraprotein  andere: \_\_\_\_\_  
 Erläuterung: \_\_\_\_\_

**oder spezifisch:**

<b>A</b> <input type="checkbox"/> Verdacht auf <input type="checkbox"/> gesicherte Diagnose  <b>B</b> <input type="checkbox"/> Erstdiagnose <input type="checkbox"/> Rezidiv <input type="checkbox"/> Verlauf <input type="checkbox"/> Minimale Resterkrankung (MRD)	<b>C</b> <input type="checkbox"/> Akute Lymphatische Leukämie (ALL) ( <input type="checkbox"/> T / <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> Akute Myeloische Leukämie (AML) <input type="checkbox"/> Myelodysplastisches Syndrom (MDS) <input type="checkbox"/> Myeloproliferative Neoplasie (MPN) <input type="checkbox"/> Chronische Myeloische Leukämie (CML) <input type="checkbox"/> Polycythaemia vera (PV) <input type="checkbox"/> Essentielle Thrombozytämie (ET) <input type="checkbox"/> Primäre Myelofibrose (PMF) <input type="checkbox"/> T-Non-Hodgkin Lymphom (NHL)	<input type="checkbox"/> B-Non-Hodgkin Lymphom (NHL) <input type="checkbox"/> Chronische Lymphatische Leukämie (CLL) <input type="checkbox"/> Multiples Myelom (MM) <input type="checkbox"/> Mantelzelllymphom (MCL) <input type="checkbox"/> Haarzelleukämie (HZL) <input type="checkbox"/> Follikuläres Lymphom (FL) <input type="checkbox"/> andere: _____ <input type="checkbox"/> Primäre Immundefizienz <input type="checkbox"/> andere: _____
--	---	--

<b>Klinische Angaben</b> Leukozyten: _____ Gpt/l Hb: _____ mmol/l Thrombozyten: _____ Gpt/l Weitere Befunde: _____	<b>Therapie</b> <input type="checkbox"/> Chemotherapie, zuletzt am: _____ <input type="checkbox"/> anti-CD20, zuletzt am: _____ <input type="checkbox"/> G-CSF, zuletzt am: _____ <input type="checkbox"/> Transplantation, Tag vor/nach allo SZT: _____
---	---

**Zytomorphologie**  
 Je 8 luftgetrocknete, unfixierte, ungefärbte Blut- oder Knochenmark-Ausstriche.

**Zytogenetik**  
 5-10ml HEPARIN-Blut/Knochenmark. Laboreingang spätestens 24h nach Entnahme. (Untersuchung erfolgt bei Kooperationspartnern)

**Molekulargenetik**  
 5-10ml EDTA-Blut/Knochenmark mit Labor-Eingang innerhalb von 48h nach Entnahme.

TP53 – Mutationen (z.B. CLL, MM oder MCL)  
 BRAF V600E (z.B. HZL)  
 MYD88 (z.B. Morbus Waldenström)  
 MDS  
 AML, Chronische myelomonozytäre Leukämie (CMML)  
 MPN:  JAK2  
 MPL, CALR, JAK2, JAK2Exon12  
 Sekundärmutationen  
 BCR::ABL1 Major Breakpoint Quantifizierung (3x7ml EDTA-Blut)  
 Spezifische Gene: \_\_\_\_\_  
 (siehe Zusatzbogen)

**Durchflusszytometrie**  
 5-10ml HEPARIN (bevorzugt) oder EDTA-Blut/Knochenmark mit Labor-Eingang innerhalb von 24h nach Entnahme. MM erfordert EDTA!

**Initialdiagnostik:**  
 CLL  MM (EDTA!)  
 andere B-NHL  
 (FL, MCL, HZL, Diffus-Großzelliges Lymphom, Burkitt-Lymphom, Marginalzonen-Lymphom, Lymphoplasmazytisches Lymphom)  
 Akute Leukämie Panel  
 primäre Immundefizienz (PIDOT)  
 Small Sample Tube (für Liquor o.ä.)

**Verlaufsdagnostik:**  
 CLL-MRD  MM-MRD (EDTA!)  
 andere NHL: \_\_\_\_\_  Akute Leukämie  
 nach B-Zell-Depletion

**Stammzellen:**  Vital/CD45/CD34

**Patient / Patientin, gesetzlicher Vertreter:**  
 Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten Untersuchung durch das beauftragte Labor bzw. von diesem beauftragte Kooperationspartner, der Digitalisierung der Patientenakte durch ein zertifiziertes Dienstleistungsunternehmen sowie der Archivierung und Nutzung von restlichem Untersuchungsmaterial zu Forschungszwecken (pseudonymisiert). (Teile ggf. streichen)

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/in, gesetzlicher Vertreter)

**Hiermit beauftrage ich die Untersuchung**  
 durch das Hämatologische Speziallabor bzw. von diesem beauftragte Kooperationspartner, die Digitalisierung der Patientenakte durch ein zertifiziertes Dienstleistungsunternehmen, sowie die Archivierung und Nutzung von restlichem Untersuchungsmaterial zu Forschungszwecken (pseudonymisiert). (Teile ggf. streichen)

Ort, Datum, Klarschrift und Unterschrift einsendender Arzt

--- Bitte senden Sie das Untersuchungsmaterial an: Hämatologisches Speziallabor, Schillingallee 36, 18057 Rostock ---

--- Kontakt: ☎ 0381/494 7321, ✉ haema-speziallabor@med.uni-rostock.de ---

Probenannahme: Mo-Do 7:30 bis 16:30, Fr. 7:30 bis 14:00 oder nach Voranfrage,  FAX-Benachrichtigung (Fax-Gerät muss vor Fremdzugriff geschützt sein.)

**AML**

- |                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASXL1    | <input type="checkbox"/> RUNX1 |
| <input type="checkbox"/> BCOR     | <input type="checkbox"/> SF3B1 |
| <input type="checkbox"/> CEBPA    | <input type="checkbox"/> SRSF2 |
| <input type="checkbox"/> DNMT3A   | <input type="checkbox"/> STAG2 |
| <input type="checkbox"/> EZH2     | <input type="checkbox"/> TET2  |
| <input type="checkbox"/> FLT3 TKD | <input type="checkbox"/> TP53  |
| <input type="checkbox"/> IDH1     | <input type="checkbox"/> U2AF1 |
| <input type="checkbox"/> IDH2     | <input type="checkbox"/> ZRSR2 |
| <input type="checkbox"/> NPM1     |                                |

**MDS**

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASXL1  | <input type="checkbox"/> RUNX1  |
| <input type="checkbox"/> BCOR   | <input type="checkbox"/> SETBP1 |
| <input type="checkbox"/> DNMT3A | <input type="checkbox"/> SF3B1  |
| <input type="checkbox"/> ETV6   | <input type="checkbox"/> SRSF2  |
| <input type="checkbox"/> EZH2   | <input type="checkbox"/> TET2   |
| <input type="checkbox"/> IDH1   | <input type="checkbox"/> TP53   |
| <input type="checkbox"/> IDH2   | <input type="checkbox"/> U2AF1  |
| <input type="checkbox"/> KRAS   | <input type="checkbox"/> ZRSR2  |
| <input type="checkbox"/> NRAS   |                                 |

**CMML**

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASXL1  | <input type="checkbox"/> RUNX1  |
| <input type="checkbox"/> DNMT3A | <input type="checkbox"/> SETBP1 |
| <input type="checkbox"/> EZH2   | <input type="checkbox"/> SF3B1  |
| <input type="checkbox"/> ETV6   | <input type="checkbox"/> SRSF2  |
| <input type="checkbox"/> IDH1   | <input type="checkbox"/> TET2   |
| <input type="checkbox"/> IDH2   | <input type="checkbox"/> TP53   |
| <input type="checkbox"/> JAK2   | <input type="checkbox"/> U2AF1  |
| <input type="checkbox"/> KRAS   |                                 |
| <input type="checkbox"/> NRAS   |                                 |

**MPN (Screening)**

- MPL
- CALR
- JAK2

**MPN (Sekundärrmut.)**

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASXL1  | <input type="checkbox"/> RUNX1  |
| <input type="checkbox"/> CALR   | <input type="checkbox"/> SETBP1 |
| <input type="checkbox"/> CEBPA  | <input type="checkbox"/> SF3B1  |
| <input type="checkbox"/> DNMT3A | <input type="checkbox"/> SH2B3  |
| <input type="checkbox"/> EZH2   | <input type="checkbox"/> SRSF2  |
| <input type="checkbox"/> IDH1   | <input type="checkbox"/> TET2   |
| <input type="checkbox"/> IDH2   | <input type="checkbox"/> TP53   |
| <input type="checkbox"/> JAK2   | <input type="checkbox"/> U2AF1  |
| <input type="checkbox"/> MPL    |                                 |

**CLL**

- TP53
- SF3B1

**MCL**

- TP53

**HZL**

- BRAF

**MM**

- TP53

**Morbus Waldenström**

- MYD88