

Krankenkasse bzw. Kostenträger		MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR Kriegsstr. 99, 76133 Karlsruhe Telefon (07 21) 850000 Fax (07 21) 85000-199	Tagesnummer (bitte frei lassen)	
Name, Vorname des Versicherten geb. am			Probenentnahme Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Datum: _____ Zeit: _____	Materialien <input type="checkbox"/> Vollblut <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Bi <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Vollblut, zentr. <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Synovia <input type="checkbox"/> St <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> Hep.-Blut <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Abstrich <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> Hep.-Plasma <input type="checkbox"/> HCY <input type="checkbox"/> HCY-Z-Gel <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> U24 <input type="checkbox"/> EDTA-Plasma <input type="checkbox"/> FB <input type="checkbox"/> NaF-Blut <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> EDTA-Plasma <input type="checkbox"/> 24h-S-Urin <input type="checkbox"/> HL <input type="checkbox"/> Hämolysat <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> S+L <input type="checkbox"/> Citrat-Blut <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Spu <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Citrat-Plasma <input type="checkbox"/> Serum+Liquor <input type="checkbox"/> Mat. angeben:
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Körpergröße: _____ [cm] Körpergewicht: _____ [kg] Urinvolumen: _____ [mL] Sammelperiode: _____ [Std]	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<input type="checkbox"/> Privat amb. <input type="checkbox"/> Kostenträger <input type="checkbox"/> Ambulante Patienten <input type="checkbox"/> Gutachten / <input type="checkbox"/> BG-Patient <input type="checkbox"/> Privat stat. Krankenhaus Überweisungsschein genügt Aktenzeichen BG-Anschrift angeben	

Klinische Fragestellung:	Dringend erforderlich: => Befundanschrift, Telefon- u. Faxnummer	Absender (Stempel)
---------------------------------	--	---------------------------

1 b Immunglob., Blutgruppen, Komplement, Zell. Immunol., HLA

Mat	Gammopathie-Diagnostik	Mat	Gammopathie-Diagnostik	Mat	Proteine, Akute Phase Proteine	Mat	Komplement
Immunglobuline (Serum) VS <input type="checkbox"/> Immundefizienz-Elpho VS <input type="checkbox"/> Freie Leichtketten (BJP) VS <input type="checkbox"/> M-Gradient (quantitativ) <input type="checkbox"/> bitte ankreuzen falls mono- klonale Gammopathie bekannt Ma <input type="checkbox"/> Kryoglobuline bitte Präanalytik beachten Ma <input type="checkbox"/> Kryofibrinogen bitte Präanalytik beachten		Immunglobuline (Urin) U <input type="checkbox"/> Freie Leichtketten (BJP) U <input type="checkbox"/> IgG U <input type="checkbox"/> Gesamteiweiß U <input type="checkbox"/> Urinproteinanalyse (SDS-PAGE) S <input type="checkbox"/> Eiweiß-Elektrophorese Proteine (Urin) U24 <input type="checkbox"/> Albumin (Mikroalbuminurie) U <input type="checkbox"/> β2-Mikroglobulin** U24 <input type="checkbox"/> α2-Makroglobulin U24 <input type="checkbox"/> α1-Mikroglobulin U <input type="checkbox"/> Transferrin S+U <input type="checkbox"/> IgG / Transferrin-Selektivitätsindex		VS <input type="checkbox"/> Albumin VS <input type="checkbox"/> α1-Antitrypsin EB <input type="checkbox"/> α1-Antitrypsin-Mangel (S-/Z-Allel) VS <input type="checkbox"/> α1-Glykoprotein VS <input type="checkbox"/> α2-Makroglobulin VS <input type="checkbox"/> β2-Mikroglobulin VS <input type="checkbox"/> Coeruloplasmin VS <input type="checkbox"/> CRP (C-reaktives Protein) VS <input type="checkbox"/> Cystatin C EP <input type="checkbox"/> Fibronectin** VS <input type="checkbox"/> Präalbumin VS <input type="checkbox"/> Procalcitonin**		VS <input type="checkbox"/> Gesamthämolytische Aktivität (CH50)** VS <input type="checkbox"/> Nebenschlussaktivität (AP50)** VS <input type="checkbox"/> C1q VS <input type="checkbox"/> C2 VS <input type="checkbox"/> C3 VS <input type="checkbox"/> C4 VS <input type="checkbox"/> C5 VS <input type="checkbox"/> C6 VS <input type="checkbox"/> C7 VS <input type="checkbox"/> C8 VS <input type="checkbox"/> C9 VS <input type="checkbox"/> C3-PA (Faktor B) VS <input type="checkbox"/> Properdin VS <input type="checkbox"/> C1-Inhibitor (Protein) CP <input type="checkbox"/> C1-Inhibitor (funktionell)** VS <input type="checkbox"/> C1-Inhibitor (AAK) VS <input type="checkbox"/> C3-Nephritisfaktor	
Immunglobuline VS <input type="checkbox"/> IgG VS <input type="checkbox"/> IgA VS <input type="checkbox"/> IgM VS <input type="checkbox"/> IgD VS <input type="checkbox"/> IgE VS <input type="checkbox"/> IgA-Autoantikörper VS <input type="checkbox"/> IgG-Subklassen VS <input type="checkbox"/> IgG1 VS <input type="checkbox"/> IgG2 VS <input type="checkbox"/> IgG3 VS <input type="checkbox"/> IgG4		Anämiediagnostik VS <input type="checkbox"/> Ferritin VS <input type="checkbox"/> Transferrin VS <input type="checkbox"/> Haptoglobin VS <input type="checkbox"/> Hämopexin VS <input type="checkbox"/> Transferrin-Sättigung VS <input type="checkbox"/> Eisenbindungskapazität					
Immunkomplexe VS <input type="checkbox"/> zirkulierende Immunkomplexe (C1q) VS <input type="checkbox"/> zirkulierende Immunkomplexe (C3d)							



0001 0897 00
Zelluläre Immunologie - Seite 1

weitere Informationen: <http://www.laborvolkmann.de>

Bitte deutlich mit Kugelschreiber markieren

1 b Immunglobuline, Blutgruppen, Komplement, Zelluläre Immunologie, HLA

Mat Immunphänotypisierungen

Durchflusszytometrie

EB B-, T-, Th/Ts-, NK-Zelldifferenzierung

EB PNH (paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie)

EB Erythrozyten, fetale

EB EMA-Test (Hereditäre Sphärozytose)

EB Leukozytenimmunphänotypisierung

Bitte ankreuzen:

EDTA-Blut / Heparin-Blut

Knochenmarks-Blut

Verdachtsdiagnose:

B-NHL

T-NHL

ALL

AML

sonstige

Erstdiagnose / Rezidiv

Vorbefunde Nr.:

Mat Zellfunktions-Teste

HB Phagozytose-Test (Granulo-/Monozyten)

HB BURST-Test (Granulo-/Monozyten)

HB Basophilen-Degranulations-Test
Eingesetztes Allergen:

HB Lymphozytentransformationstest (Mitogene)

HB Lymphozytentransformationstest (Medikamente)

HB Lymphozytentransformationstest (mikrob. Ag.)

Mat Zelluläre Immunologie

HB TB-EliSpot

Mat Zytokine, Adhäsionsmoleküle

EP Interleukin 1-α**

EP Interleukin 1-β**

EP Interleukin 2**

VS Interleukin-2-Rezeptor (sIL2R, sCD25) **

EP Interleukin 6**

EP Interleukin 8**

VS Tumor necrosis factor**

VS Anti-Interferon-α

Mat Diagn. u. Therapie mit Alloantikörpern

VS Anti-Maus-IgG/-IgM

Mat Immunhämatologie

EB Blutgruppe, Rh-Faktor D

EB Antikörpersuchtest (Ind. Coombs)

EB Direkter Coombs-Test

EB Kälteagglutinine

EB Donath-Landsteiner-Ak

Mat HLA-Gewebetypisierung

EB HLA-B27

HB HLA-Volltypisierung
HLA-ABC und HLA-DR

EB HLA-A,-B,-C-Lokus

EB HLA-B5

EB HLA-ABC-Einzelantigene
Antigene bitte angeben:

EB HLA-DRB1-Lokus (HLA-DR1 - DR18)

EB HLA-DR1

EB HLA-DR2

EB HLA-DR3

EB HLA-DR4

Mat HLA-Allel-Typisierungen

EB HLA-DRB1*04-Allele (shared epitope)

EB HLA-B5701 Allel-Typisierung

EB HLA-DRB1-Allele

EB HLA-DRB3-Allele

EB HLA-DRB4-Allele

EB HLA-DRB5-Allele

EB HLA-DQA1-Allele

EB HLA-DQB1-Allele

EB HLA-DPA1-Allele

EB HLA-DPB1-Allele

Mat HLA-Antikörper

VS HLA-Isoantikörper

Mat Humangen. Analyse bei Immunopathien

EB Hyper-IgM-Syndrom (TNFSF5)

EB M. Bruton-(AGMX1)-Gen

EB Schwere kombinierte Immundefizienz (SCID)

EB Chronische Granulomatose (gp 91 phox)

EB Chronische Granulomatose (p 22 phox)

Einwilligungserklärung für genetische Untersuchungen nach §§ 8 und 9 Gendiagnostikgesetz

- ja nein Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.
- ja Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.
- ja nein Ich bin einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z. B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.
- ja nein Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.
- ja nein Mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und Befundberichte über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus bin ich einverstanden.

Ort, Datum _____ Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter) _____

