

**Patient / Ratsuchender (ggf. Aufkleber)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Geschlecht:  weiblich  männlich  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse (GKV/PKV): \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Einsender (ggf. Stempel)**

Name / Adresse / Telefon / Fax / Unterschrift

**TUMOR-  
DIAGNOSTIK**

**Untersuchungsmaterial** (beschriftet mit Name, Vorname, Geburtsdatum)

Knochenmark  
 peripheres Blut  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Kostenträger**

GKV-Patient, ambulant \*  
 privat  
 stationär

\* Bitte einen Überweisungsschein  
10 (Laboruntersuchungen) beilegen.

Probenentnahme (Datum, Arzt/MFA): X Probeneingang (Datum, Uhrzeit): X

**Anamnese:**

**Vorbefunde** (bitte beifügen):

**Diagnose / Verdachtsdiagnose:**

Erstuntersuchung  
 Verlaufskontrolle  
 Z.n. allo Tx? Monat/Jahr: \_\_\_\_\_  
 Gleichgeschlechtlich  
 Gegengeschlechtlich

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pflichtfeld!** Angaben für die Interpretation der Analysen unbedingt erforderlich

**Untersuchungsauftrag:**

Chromosomenanalyse  FISH  
 weitere Analysen: \_\_\_\_\_  
 weitere nach telefonischer Rücksprache

\_\_\_\_\_

Arzt (Datum, Unterschrift)