



Molekulare Diagnostik

Auftraggeber und Klinik: _____

Patient-/in:


Name Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____
Adresse: _____ _____
Krankenkasse und Mitgliedsnummer _____

Material: Peripheres Blut Knochenmark

Blutbild: Hb.....g/dl Lc.....G/l Tc.....G/l
Oder: *Kopie Laborblatt beilegen*

Gewünschte Untersuchung:

- BCR-ABL1 qualitativ (Diagnose/Ausschluss CML):**
 - 1 PaxGene Röhrchen (2,5mL)
- BCR-ABL1 quantitativ (Verlauf der CML):**
 - 1 EDTA- Röhrchen (4mL)
- Jak2 V617F (Nachweis MPN):**
 - 1 EDTA-Röhrchen (4mL)
- Faktor V-Leiden- und Prothrombin-Genmutation (Thrombophilie)**
 - 1 EDTA-Röhrchen (4mL)
 - Einverständniserklärung des Patienten ist zwingend beizulegen

 Dieses Auftragsformular zusammen mit der Blutprobe per A-Post oder Kurier senden an: Institut für Labormedizin, Molekulare Diagnostik, Labor Chemie++, Stadtspital Zürich Triemli, Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zürich.