

Krankenkasse bzw. Kostenträger		MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR Gerwigstr. 67, 76131 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: _____ Körpergröße: _____ [cm] Körpergewicht: _____ [kg] Urinvolumen: _____ [mL] Sammelperiode: _____ [Std]	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-Blut <input type="checkbox"/> FB <input type="checkbox"/> EDTA-Plasma <input type="checkbox"/> U24 <input type="checkbox"/> 24h-S-Urin <input type="checkbox"/> NaF-Blut <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Citrat-Blut <input type="checkbox"/> HL <input type="checkbox"/> Citrat-Plasma <input type="checkbox"/> S+L <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Spu <input type="checkbox"/> Hämolysat <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> S+L <input type="checkbox"/> Serum+Liquor <input type="checkbox"/> Spu <input type="checkbox"/> Sputum Ma <input type="checkbox"/> Mat. angeben:
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		

<input type="checkbox"/> Privat amb.	<input type="checkbox"/> Kostenträger Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Ambulante Patienten Überweisungsschein genügt	<input type="checkbox"/> Gutachten / Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> BG-Patient BG-Anschrift angeben
<input type="checkbox"/> Privat stat.				

* 4 - 8 °C, ** -20 °C, *** lichtgeschützt

Klinische Fragestellung:

Dringend erforderlich: =>
Befundanschrift,
Telefon- u. Faxnummer

Absender (Stempel)

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

Mat Gammopathie-Diagnostik

Immunglobuline (Serum)

VS Immundefizienz-Elpho

VS Freie Leichtketten (BJP)

VS M-Gradient (quantitativ)
 bitte ankreuzen falls monoklonale Gammopathie bekannt

Ma Kryoglobuline

bitte Präanalytik beachten

Ma Kryofibrinogen

bitte Präanalytik beachten

Immunglobuline

VS IgG

VS IgA

VS IgM

VS IgD

VS IgE

VS IgA-Autoantikörper

VS IgG-Subklassen

VS IgG1

VS IgG2

VS IgG3

VS IgG4

Mat Gammopathie-Diagnostik

Immunglobuline (Urin)

U Freie Leichtketten (BJP)

U IgG

U Gesamteiweiß

U Urinproteinanalyse (SDS-PAGE)

Proteine (Urin)

U24 Albumin (Mikroalbuminurie)

U β2-Mikroglobulin**

U24 α2-Makroglobulin

U24 α1-Mikroglobulin

U Transferrin

S+U IgG / Transferrin-Selektivitätsindex

Mat Anämiediagnostik

VS Ferritin

VS Transferrin

VS Haptoglobin

VS Hämopexin

VS Transferrin-Sättigung

VS Eisenbindungskapazität

Mat Proteine, Akute Phase Proteine

VS Albumin

VS α1-Antitrypsin

EB α1-Antitrypsin-Mangel (S-/Z-Allel)

VS α1-Glykoprotein

VS α2-Makroglobulin

VS β2-Mikroglobulin

VS Coeruloplasmin

VS CRP (C-reaktives Protein)

VS Cystatin C

EP Fibronectin**

VS Präalbumin

VS Procalcitonin**

Mat Komplement

VS Gesamthämolytische Aktivität (CH50)**

VS Nebenschlussaktivität (AP50)**

VS C1q

VS C2

VS C3

VS C4

VS C5

VS C6

VS C7

VS C8

VS C9

VS C3-PA (Faktor B)

VS Properdin

VS C1-Inhibitor (Protein)

CP C1-Inhibitor (funktionell)**

VS C1-Inhibitor (AAK)

VS C3-Nephritisfaktor

Mat Immunkomplexe

VS zirkulierende Immunkomplexe (C1q)

VS zirkulierende Immunkomplexe (C3d)



0001 1063 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
- HB SARS-CoV-2 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
- VS Anti-Interferon-beta| 1a

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-B5701 Allel-Typisierung
- EB HLA-DRB1-Allele
- EB HLA-DRB1*01-Allele (shared epitope)
- EB HLA-DRB1*04-Allele (shared epitope)
- EB HLA-DQA1-Allele
- EB HLA-DQB1-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) _____

