

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

geb. am

Probenentnahme

Mann ☐ Frau ☐

Datum: _____

Zeit: _____

Körpergröße: _____ [cm]

Körpergewicht: _____ [kg]

Urinvolumen: _____ [mL]

Sammelperiode: _____ [Std]

Gerwigstr. 67, 76131 Karlsruhe

Telefon (07 21) 850000

Fax (07 21) 85000-199

Tagesnummer (bitte frei lassen)

Materialien

V

☐ Vollblut

S

☐ EDTA-Blut

EB

☐ Citrat-Blut

CP

☐ Citrat-Plasma

Ma

Mat. angeben:

CSF

☐ Liquor

Syn

☐ Synovia

HB

☐ Hep.-Blut

U24

☐ 24h-S-Urin

U

☐ Urin

S+L

☐ Serum+Liquor

Bi

☐ Biopsie

St

☐ Stuhl

A

☐ Abstrich

HCY

☐ HCY-Z-Gel

FB

☐ NaF-Blut

HL

☐ Hämolysat

Spu

☐ Sputum

☐ Privat amb.

☐ Kostenträger Krankenhaus

☐ Ambulante Patienten Überweisungsschein genügt

☐ Gutachten / Aktenzeichen

☐ BG-Patient BG-Anschrift angeben

* 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 mono-klonale Gammopathie bekannt

Ma ☐ Kryoglobuline

Matte Präanalytik beachten

Ma ☐ Kryofibrinogen

Matte 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 ☐ Hämoexin

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 ☐ Fibrinogen**

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

0001 1063 00

Zelluläre Immunologie - Seite 1

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

Bitte deutlich mit Kugelschreiber markieren

12/2013

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)



0001 1062 00
Zelluläre Immunologie - Seite 2