

Patient: Geb.Datum: Anschrift:	Einsender: Auftragsdatum:	
Versicherungsnummer/Krankenkasse: _____		
Ambulant ☐ Stationär ☐		
Auto-Antikörper (Serum)		
☐ ANA (IIFT) ☐ ANCA (IIFT) p-ANCA/c-ANCA ☐ MPO-ANCA ☐ PR3-ANCA ☐ Cardiolipin IgM ☐ Cardiolipin IgG ☐ β 2-Glycoprotein IgM ☐ β 2-Glycoprotein IgG ☐ zirk. Immunkomplexe CIC ☐ Rheumafaktor ☐ Citrullin-AK (CCP)	☐ ds DNA ☐ Chromatin ☐ glomeruläre Basalmembran (GBM) ☐ PLA 2-Rezeptor (IIFT) ☐ Intrinsic Faktor ☐ Parietalzellen ☐ glatte Muskulatur (ASMA) (IIFT) ☐ mitochondr. Ag (AMA) (IIFT) ☐ mitochondr. Ag M2 (Blot) ☐ LKM ☐ SLA	☐ Lebercytosol-1 ☐ Leberprofil (Blot) AMA-M2, M2-3E, Sp100, PML, gp210, LKM-1, LC-1, SLA, Ro-52 ☐ Myositisprofil (Blot) Mi-2 β , Ku, PM-Scl100, PM-Scl75, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ, OJ, Ro-52 ☐ Endomysium (EMA) IgA (IIFT) ☐ t-Transglutaminase IgA ☐ deamidiertes Gliadin IgG ☐ Inselzellen ☐ Nebennierenrinde
ANA-Subsets (EliA)		
☐ CENP B ☐ DFS-70 ☐ Fibrillarin ☐ Jo1 ☐ PM Scl ☐ RNP 70 ☐ U1 RNP	☐ Scl 70 ☐ SSA (Ro 52+Ro 60) ☐ SSB (La) ☐ Ro 60 ☐ Ro 52 ☐ Sm ☐ ANA-Subsets (CTD) - Screen	
Molekulare Gendiagnostik		
☐ DPYD-Mutationen/5-FU-Toxizität (EDTA) ☐ Faktor V Leiden (EDTA) ☐ Hämochromatose HFE Typ 1 (EDTA) ☐ HLA-B27 (EDTA) ☐ Prothrombin-Mutation (EDTA) ☐ NGS- Myeloid Panel/peripheres Blut (EDTA) ☐ NGS- Myeloid Panel/Knochenmarksblut (EDTA)	Zuweisender Arzt: _____ Diagnose: _____ Bitte die Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse mit senden!	
Spezialhämatologie-PCR		
☐ BCR-ABL/peripheres Blut (EDTA) ☐ BCR-ABL/Knochenmarksblut (Citrat oder EDTA) ☐ HemaVision Multiplex RT-PCR/peripheres Blut (EDTA) ☐ HemaVision Multiplex RT-PCR/Knochenmarksblut (Citrat oder EDTA)		