

Patient: Geb.Datum: Anschrift:	Einsender: Auftragsdatum:
Versicherungsnummer/Krankenkasse: _____	
Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/>	
Auto-Antikörper (Serum)	
<input type="checkbox"/> ANA (IIFT) <input type="checkbox"/> ANCA (IIFT) p-ANCA/c-ANCA <input type="checkbox"/> MPO-ANCA <input type="checkbox"/> PR3-ANCA <input type="checkbox"/> Cardiolipin IgM <input type="checkbox"/> Cardiolipin IgG <input type="checkbox"/> β 2-Glycoprotein IgM <input type="checkbox"/> β 2-Glycoprotein IgG <input type="checkbox"/> zirk. Immunkomplexe CIC <input type="checkbox"/> Rheumafaktor <input type="checkbox"/> Citrullin-AK (CCP)	<input type="checkbox"/> ds DNA <input type="checkbox"/> Chromatin <input type="checkbox"/> glomeruläre Basalmembran(GBM) <input type="checkbox"/> PLA 2-Rezeptor (IIFT) <input type="checkbox"/> Intrinsic Faktor <input type="checkbox"/> Parietalzellen <input type="checkbox"/> glatte Muskulatur (ASMA) (IIFT) <input type="checkbox"/> mitochondr. Ag (AMA) (IIFT) <input type="checkbox"/> mitochondr. Ag M2 (Blot) <input type="checkbox"/> LKM <input type="checkbox"/> SLA
<input type="checkbox"/> Lebercytosol-1 <input type="checkbox"/> Leberprofil (Blot) AMA-M2, M2-3E, Sp100, PML, gp210, LKM-1, LC-1, SLA, Ro-52 <input type="checkbox"/> Myositisprofil (Blot) Mi-2 β , Ku, PM-Sc100, PM-Sc175, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ, OJ, Ro-52 <input type="checkbox"/> Endomysium (EMA) IgA (IIFT) <input type="checkbox"/> t-Transglutaminase IgA <input type="checkbox"/> deamidiertes Gliadin IgG <input type="checkbox"/> Inselzellen <input type="checkbox"/> Nebennierenrinde	
ANA-Subsets (EliA)	
<input type="checkbox"/> CENP B <input type="checkbox"/> DFS-70 <input type="checkbox"/> Fibrillarin <input type="checkbox"/> Jo1 <input type="checkbox"/> PM Scl <input type="checkbox"/> RNP 70 <input type="checkbox"/> U1 RNP	<input type="checkbox"/> Scl 70 <input type="checkbox"/> SSA (Ro 52+Ro 60) <input type="checkbox"/> SSB (La) <input type="checkbox"/> Ro 60 <input type="checkbox"/> Ro 52 <input type="checkbox"/> Sm
Molekulare Gendiagnostik (EDTA)	
<input type="checkbox"/> DPYD-Mutationen/5-FU-Toxizität <input type="checkbox"/> Faktor V Leiden <input type="checkbox"/> Hämochromatose HFE Typ 1 <input type="checkbox"/> HLA-B27 <input type="checkbox"/> Prothrombin-Mutation	Zuweisender Arzt: _____ Diagnose: _____ Bitte die Einverständniserklärung zur Durchführung einer genetischen Analyse mit senden!
Spezialhämatologie-PCR	
<input type="checkbox"/> BCR-ABL/peripheres Blut (EDTA) <input type="checkbox"/> BCR-ABL/Knochenmarksblut (Citrat oder EDTA) <input type="checkbox"/> HemaVision Multiplex RT-PCR/peripheres Blut (EDTA) <input type="checkbox"/> HemaVision Multiplex RT-PCR/Knochenmarksblut (Citrat oder EDTA)	