

Labor Spezielle Hämatologische Diagnostik, Klinik f. Kinder- und Jugendmedizin  
Zentrum für Seltene Störungen der Hämatopoese und Immundefekte (ZSHI Ulm)

PATIENTENDATEN:

(ggf. Patienten-Aufkleber)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:  w  m

PLZ:

Wohnort:

Strasse:

EINSENDUNG AN:

**Spezielle hämatologische Diagnostik  
(Hb-Labor)**

**Klinik für Kinder- und Jugendmedizin**

**Eythstraße 24**

**89075 Ulm**

EINSENDER:

Adresse oder Stempel

Tel.: .....

Fax: .....

zusätzl. Tel.\*: .....

Datum: .....

Name: (in Druckbuchstaben)

.....

Unterschrift:

.....

\*zur Sicherstellung der Erreichbarkeit bei kritischen Ergebnissen

**KLINIK FÜR KINDER- UND  
JUGENDMEDIZIN**

**Ärztliche Direktorin**

Prof. Dr. med. Miriam Erlacher

Eythstraße 24

89075 Ulm

**Spezielle hämatologische  
Diagnostik**

Prof. Dr. H. Cario (Leitung)

holger.cario@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. M. Erlacher

**Sekretariat**

T: 0731 500-57149

F: 0731 500-57103



ABRECHNUNGSINFORMATIONEN

Ambulant

- Gesetzliche Krankenversicherung (bitte Überweisungsschein Nr. 6 oder Laborüberweisung Nr. 10 beifügen)
- nach §116B EBM (bitte Überweisungsschein Nr. 6 oder Laborüberweisung Nr. 10 beifügen) => Rechnung an einsendendes Klinikum
- Rechnung an einsendende(n/s) Praxis/Klinikum/Laborarzt
- Ambulanter Patient mit privater Krankenversicherung oder IGeL-Leistung => Rechnung an Patient (bitte Rechnungsadresse beifügen)

Stationär

- Rechnung an einsendende Klinik (ggf. mit Konsilschein)
- Patient mit wahlärztlichen Leistungen => Rechnung an Patient (bitte Rechnungsadresse beifügen)

INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

Klinische Verdachtsdiagnose: ..... ethnische Herkunft: .....

Wurde der Patient bereits transfundiert?  ja  nein

Letzte Transfusion am: .....

Blutbild:

Leuko: ..... G/L

Hb: ..... g/dl

MCV: ..... fl

Reti. rel: ..... %

Thrombo: ..... G/L

Hkt: ..... %

MCH: ..... pg

Reti. abs.: ..... G/L

Klinisch-chemische Laborwerte:

Ferritin: ..... µg/l

Haptoglobin:  normal  erniedrigt

LDH:  normal  erhöht

Bili:  normal  erhöht

- Hämatologischer und/oder genetischer Vorbefund z.B. von Angehörigem bekannt
  - Falls in externem Labor erhoben und Angehöriger einverstanden, bitte Befundkopie mitschicken
  - Falls in Labor Ulm erhoben und Angehöriger einverstanden, bitte Befundkopie und/oder Angaben zum Angehörigen (Name, Vorname, Geb.-Datum, Zeitpunkt der Untersuchung) mitschicken
- Konfirmationsdiagnostik bei positivem Befund im Neugeborenen-Screening auf Sichelzellerkrankheit

Klinikumsinterne Klassifikation:  
STRENG VERTRAULICH

## ANFORDERUNG VON LABORUNTERSUCHUNGEN

Bitte **stets** Einverständniserklärung zur Durchführung einer Untersuchung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG) beifügen!  
Rückfragen unter 0731 500 57149

### Dauer der Analysen (bis Befundversand):

- Biochemische Untersuchungen:     - Sphärozytose-Dx, Enzym-Dx: max. 7 Tage (länger, falls zusätzlich Hb-Analyse)  
  - Hb-Analyse: 7-14 Tage  
  - HbF-Zellen in maternalem Blut: max. 24 Std. (vorab telefonische Mitteilung)
- Genetik:                                   - nur *HBB*: 2-4 Wochen  
  - genetische Stufendiagnostik (*HBB*, *HBA1*, *HBA2*): 4-8 Wochen (abhängig von Umfang)  
  - *G6PD*, *PKLR*, *CYB5R3*: 3-5 Monate

Untersuchung	Volumen / Material*	entnommen am:
<b>Hämoglobinanalyse</b>		
<input type="radio"/> Hämoglobin-Analyse (HPLC, Kap.-Elpho):	1x 2,7ml EDTA	.....
<input type="radio"/> Hämoglobingenetik (Stufen-Dx., falls Hb-Analyse unauffällig)	1x 2,7ml EDTA	.....
<input type="radio"/> Hämoglobingenetik (explizit erbeten, ggf. auch ergänzend zu Hb-Analyse)	1x 2,7ml EDTA	.....
<input type="radio"/> alpha-Globin-Gen ( <i>HBA1</i> , <i>HBA2</i> )		
<input type="radio"/> beta-Globin-Gen ( <i>HBB</i> )		
<input type="radio"/> gamma-Globin-Gen-Promotoren ( <i>HBG1</i> , <i>HBG2</i> )		
<b>Sphärozytose / Membrandefekte</b> <i>Bitte beachten: Probenalter &lt; 72 h für AGLT obligat!</i>		
<input type="radio"/> Sphärozytose-Diagnostik (AGLT [Pink-Test], EMA-FACS):	1x 2,7ml EDTA	.....
<b>Erythrozytenenzyme</b> <i>Bitte beachten: Probenalter &lt; 48 h für MetHb-Reduktase Diagnostik obligat!</i>		
<input type="radio"/> Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase G6PDH-Aktivität:	1x 2,7ml EDTA	.....
<input type="radio"/> Pyruvatkinase-Aktivität:	1x 2,7ml EDTA	.....
<input type="radio"/> Met-Hb-Reduktase (CytB5-Reduktase)	1x 2,7ml EDTA	.....
<b>HbF-Zellen</b>		
<input type="radio"/> HbF-Zellen bei V.a. fetomaternale Transfusion	1x 1,2ml EDTA	.....
<b>Methämoglobin</b> <i>Bitte beachten: MetHb nach längerer Lagerung/Transport begrenzt beurteilbar!</i>		
<input type="radio"/> Met-Hb:	1x 1,2ml <u>Li-Hep.</u>	.....
<b>Andere genetische Untersuchungen (nur nach Voranfrage !)</b>		
<input type="radio"/> <i>G6PD</i> -Gen (Diagnostik Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase- Mangel)	1x 2,7ml EDTA	.....
<input type="radio"/> <i>PKLR</i> -Gen (Diagnostik Pyruvatkinase-Mangel)	1x 2,7ml EDTA	.....
<input type="radio"/> <i>CYB5R3</i> -Gen (Diagnostik Met-Hb-Reduktase-Mangel)	1x 2,7ml EDTA	.....

## BESONDERE FRAGESTELLUNGEN /ANFORDERUNGEN

### UNTERSUCHUNGSMATERIAL:

**Versand:** ungekühlt, **Expressversand empfohlen**, Postversand möglich

\*Bei Säuglingen statt 2,7ml ggf. 1,2 ml möglich

Bitte stets mindestens 2 Röhrchen schicken!