



Einsender

Patient/in

**Durchflusszytometrische Diagnostik / Stammzelllabor**

Helmholtzstraße 10  
89081 Ulm

Dr. med. B. Höchsmann: Tel.: 0731/150-6877  
Prof. Dr. med. B. Jahrsdörfer: Tel.: 0731/150-6868  
Labor: Tel.: 0731/150-6824  
Fax: 0731/150-6571



Akkreditiert nach DIN EN ISO 15189

<b>Kostenträger:</b>		<b>Auftragsnummer IKT</b>
<input type="checkbox"/> GOÄ-Rechnung an Einsender / Klinik <input type="checkbox"/> Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patienten)		

**Untersuchungsauftrag**

<input type="checkbox"/> zur PNH-Diagnostik	<input type="checkbox"/> zur Begleitdiagnostik im Rahmen von Studien:
---	---

Studientitel: ..... Pat.Nr.: .....

<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung	<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle	Vorbefund vom: .....
<b>Klinische Diagnose:</b>		
<b>Therapie:</b>		
<input type="checkbox"/> EK-Transfusionsbedürftigkeit: letzte Transfusion am Datum: .....		
<input type="checkbox"/> ATG Datum: .....		
<input type="checkbox"/> Eculizumab ab Datum: .....		
<input type="checkbox"/> Allogene KMT / PBSCT am Datum: .....		

<b>Blutbild:</b>			<b>Klinische Chemie:</b>	
Leukozyten (/nL)	Granulozyten (%)	Lymphozyten (%)	LDH (U/L)	
Hb (g/dL)	Retikulozyten (/nL)	Thrombozyten (/nL)	Haptoglobin	
<b>Hämolysezeichen ?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<b>direkter Coombs-Test ?</b> <input type="checkbox"/> negativ		
<b>Hämosiderinurie ?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> positiv		
<b>Thrombose ?</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche?) .....			

**Bitte Telefonnummer für Rückfragen angeben:**

<b>Einsendematerial:</b>  ..... ml peripheres Blut mit <input type="checkbox"/> EDTA  <b>KEIN KM !</b>  Probenentnahme ...../..... Datum / Uhrzeit	<b>Probenannahme:</b> Montag - Donnerstag vor 12.00 Uhr Freitags können Proben nach 10.00 Uhr nicht mehr bearbeitet werden!  Ort, Datum
	Name, Unterschrift, Stempel des einsendenden Arztes

# Abnahme und Versand von Untersuchungsmaterial

## 1. Untersuchungsmaterial

Für **Routine-PNH-Diagnostik**: mindestens 2,5 mL peripheres Blut; kein Knochenmark.

## 2. Verpackung

Möglichst bruchsichere Kunststoffgefäße verwenden. Bei Versand von Punktionspritzen bitte Kanülen entfernen und Spritze gut verschließen. Nur Verpackung nach Verpackungsanweisung P650 der ADR (Europäisches Übereinkommen über die internationale Beförderung gefährlicher Güter auf der Straße) für diagnostische Proben der UN-Nr.3373 verwenden.

## 3. Versand

Um eine valide Befundung zu gewährleisten, darf das **Probenmaterial zum Zeitpunkt der Untersuchung maximal 2 Tage alt** sein. Daher sollte das Untersuchungsmaterial **unbedingt von Montag bis Donnerstag versandt werden. Versand bitte jeweils am Vormittag mit Frankierung und Zustellung als Maxi-Brief** (nicht als Warensendung!) **oder am Donnerstag ggf. als Express-Zustellung**, um eine **Zustellung am Folgetag vor 10:00 Uhr sicherzustellen**. **Proben, welche freitags nach 10:00 Uhr eintreffen, können nicht mehr bearbeitet werden.** Eine Kühlung während des Transportes ist nicht erforderlich!

## 4. Anforderungsschein

Anforderungsschein bitte vollständig ausfüllen.

## 5. Adressat

**Institut für Klinische Transfusionsmedizin und  
Immungenetik Ulm gemeinnützige GmbH  
Stammzelllabor (Durchflusszytometrische Diagnostik)  
Helmholtzstraße 10  
89081 Ulm  
Tel. Labor: (0731) 150-6824  
Fax: (0731) 150-6571**

Dokument: : <b>15922 / 10</b> - : PNH Diagnostik Untersuchungsauftrag IKT Ulm (FB-UL-L-464	Hinweise:	Gültig ab: 08.06.2026
Geltungsbereich: Ulm-Durchflusszytometrie;Ulm-Stammzelllabor;		Status: Gültig
Gültige bzw. genehmigte Formblätter sind elektronisch signiert und daher ohne Unterschrift gültig.		Seite 2 von 2