

Dr. med. P. Isler Dr. med. A. Sattler Dr. phil.-nat. B. Mani Dr. sc. ETH R. Graf
 Dr. med. A. Isler Dr. med. M. Mosimann V. Lutz, MSc Dr. sc. nat. V. Günther

Einsender:

Patientenkette

Name		Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	Geburtsdatum
Vorname		Frühere Befunde: Nr.	
Strasse, Nr.		Probenentnahme Datum	Zeit
PLZ	Ort	SSW + Tag	
Ärztin / Arzt / Labor-Nr. / Spital-Abt. / Praxis-Patientennummer		Probenmaterial	Rechnung an: <input type="checkbox"/> Kasse / Patientin / Patient <input type="checkbox"/> Selbstzahler
Familienanamnese / Klinische Angaben			Befundkopie an: <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> Untenstehende <input type="checkbox"/> Untenstehende
		IV / SUVA-Nr. / KK-Mitglied-Nr.	



Spezielle Fragestellung

Hämatogramm ¹
Weitere Informationen ¹

 Hb _____ g/l
 Hk _____ %
 Ec _____ T/l
 MCV _____ fl
 MCH _____ pg
 Retikulozyten _____ ‰

 Ferritin _____
 CRP _____

¹ Diese Angaben werden für eine sichere Beurteilung unbedingt benötigt.

Hämoglobinopathien: Thalassämien und strukturelle Varianten
Untersuchungsmaterial
 EDTA-Blut _____

Klassische Hämoglobin-Analytik

-
- Hämatogramm ¹**
-
-
- Hb-Chromatographie HPLC
-
- Quantifizierung von Hb Komponenten
-
- (HbA, HbA
- ₂
- , HbF, pathologisches Hb)

Molekulare Hämoglobin-Analytik
 Sequenzierung / MLPA

Für diese genetischen Analysen wird eine Einverständniserklärung vorausgesetzt. Eine entsprechende Vorlage finden Sie auf unserer Webseite oder in unserem Analysenverzeichnis.

 Bemerkungen / Anregungen / Wünsche: _____

