

## ANFORDERUNGSSCHEIN FÜR IMMUNOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN\*

**ACHTUNG: Annahmeschluss:** Montag bis Freitag: **12:00 Uhr**

Pat. Name: Geb. dat. und Vers. Nr.: Krankenhaus: Arzt/Station/Ambulanz: Tel. für etwaige Rückfragen:	Anamnese / Diagnose / Fragestellung:
--	--------------------------------------

### SERUM – ANALYSEN

<p><b>Immunglobulin-Analysen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Immunglobulin G, M, A</li> <li><input type="checkbox"/> Immunglobulin G-Subklassen</li> <li><input type="checkbox"/> Immunglobulin D</li> <li><input type="checkbox"/> Immunglobulin E</li> <li><input type="checkbox"/> Immundefixation</li> <li><input type="checkbox"/> Hevylite <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> GMA</li> <li><input type="checkbox"/> Freelite</li> </ul> <p><b>Komplement-Analysen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Gesamtaktivität (CP/AP) #</li> <li><input type="checkbox"/> Komplementaktivität Lektinweg (MBLA)</li> <li><input type="checkbox"/> Komplement C3, C4</li> <li><input type="checkbox"/> C1 Esterase Inhibitor (Aktivität) #</li> <li><input type="checkbox"/> C1 Esterase Inhibitor (Antigen)</li> <li><input type="checkbox"/> Komplement C1q</li> <li><input type="checkbox"/> Mannan bindendes Lektin (MBL) #</li> </ul> <p><i># = frisches Serumröhrchen bzw. gefrorenes Serum erforderlich</i></p> <p><b>Zirkulierende Immunkomplexe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> C1q bindende Immunkomplexe</li> </ul> <p><b>Rheumaserologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Citrullin (CP) Antikörper</li> <li><input type="checkbox"/> Rheumafaktor Isotypen (IgG, M, A)</li> <li><input type="checkbox"/> Antistreptolysin O Antikörper</li> <li><input type="checkbox"/> Myositis Antikörper (Mi-2, PM-Scl, Ku, PL-7, PL-12)</li> <li><input type="checkbox"/> C1q Antikörper</li> <li><input type="checkbox"/> Fodrin Antikörper (IgG)</li> </ul> <p><b>Hämophagozytose-Abklärung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> sCD25-löslicher IL-2 Rezeptor</li> </ul>	<p><b>Zellkern Antikörper</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Antinukleäre Antikörper (ANA) mit Subset-Spezif. bei pos. Befund</li> <li><input type="checkbox"/> Antinukleäre Antikörper (ANA)</li> </ul> <p><u>ANA Subsets:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ds-DNA Antikörper</li> <li><input type="checkbox"/> Sm Antikörper (SLE)</li> <li><input type="checkbox"/> nRNP Antikörper (MCTD, SLE)</li> <li><input type="checkbox"/> Ro/SS-A Antikörper (Sjögren, SLE)</li> <li><input type="checkbox"/> La/SS-B Antikörper (Sjögren)</li> <li><input type="checkbox"/> Scl70 Antikörper (Sklerodermie)</li> <li><input type="checkbox"/> Jo-1 Antikörper (Polymyositis)</li> <li><input type="checkbox"/> Histon Antikörper</li> <li><input type="checkbox"/> Nucleosomen Antikörper</li> <li><input type="checkbox"/> Centromer Antikörper (CREST)</li> <li><input type="checkbox"/> Ribosom P Antikörper</li> </ul> <p><b>Anti-Phospholipid-Syndrom</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cardiolipin Antikörper (IgG, IgA, IgM)</li> <li><input type="checkbox"/> Beta-2-Glykoprotein-1 Antikörper (IgG, IgA, IgM)</li> </ul> <p><b>Magen-Darm-Erkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anti-DGP Antikörper (IgA, IgG)/ Anti-Transglutaminase Antikörper (IgA, IgG)</li> <li><input type="checkbox"/> Parietalzell Antikörper</li> <li><input type="checkbox"/> Intrinsic Factor Antikörper</li> <li><input type="checkbox"/> Sacch. cerevisiae AK (IgA, IgG) s. auch: ASCA (Inflammatory Bowel Dis.)</li> </ul> <p><b>Diabetesdiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Glutaminsäure-Decarboxylase (GAD) Antikörper (*)</li> <li><input type="checkbox"/> Tyrosin-Phosphatase IA2 AK</li> <li><input type="checkbox"/> Insulin Antikörper</li> </ul>	<p><b>Lebererkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autoimmun-Hepatitis-Screen (ANA, Glatte Muskel AK, Aktin AK, LKM1 AK, SLA AK, LC1 AK)</li> <li><input type="checkbox"/> Primär biliäre Cholangitis (PBC) (Mitochond. AK, M2 AK, gp210 AK, sp100 AK)</li> </ul> <p><b>Gefäß/Nieren-Erkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ANCA (Anti Neutroph. Cytopl. AK) (IFLU, PR-3 AK, MPO AK, ANA)</li> <li><input type="checkbox"/> Glomerul. Basalmembran (NC1) AK</li> <li><input type="checkbox"/> Phospholipase A2 Rezeptor AK</li> <li><input type="checkbox"/> C3 Nephritogener Faktor (*)</li> </ul> <p><b>Schilddrüsenerkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Thyreoglobulin Antikörper</li> <li><input type="checkbox"/> Thyreoperoxidase (TPO) Antikörper</li> </ul> <p><b>Sonstige Antikörper</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Herzmuskel Antikörper</li> <li><input type="checkbox"/> Skelettmuskel Antikörper</li> <li><input type="checkbox"/> Acetylcholinrezeptor Antikörper (*)</li> <li><input type="checkbox"/> MUSK Antikörper</li> <li><input type="checkbox"/> Nebennierenrinden Antikörper (*)</li> </ul> <p><b>Impfantikörper</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Haemophilus Influenzae B AK (IgG)</li> <li><input type="checkbox"/> Pneumokokken Kapselpolysaccharid AK (IgG)</li> <li><input type="checkbox"/> Tetanus Toxoid AK (IgG)</li> <li><input type="checkbox"/> Diphtherie Toxoid AK (IgG)</li> <li><input type="checkbox"/> Neutralisierende AK gegen SARS-CoV-2 (Privatleistung) #</li> </ul> <p><i># = frisches Serumröhrchen bzw. gefrorenes Serum erforderlich</i></p>
--	---	--

Empfänger Name: _____ (bitte leserlich) Die Richtlinien der DSGVO werden eingehalten.  Fax Nr.: _____	STAMPIGLIE DES ARZTES/KRANKENHAUSES   Datum _____ Unterschrift _____
---	--

\* Befund fertig nach 1 Woche, mit (\*) gekennzeichnete Untersuchungen nach 2 Wochen  
 Benötigtes Untersuchungsmaterial: 2 ml Serum pro Untersuchungsblock bzw. wie angeführt

## ANFORDERUNGSSCHEIN FÜR IMMUNOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN\*

**ACHTUNG: Annahmeschluss:** Montag bis Freitag: **12:00 Uhr**

Pat.Name: Geb.dat. und Vers.Nr.: Krankenhaus: Arzt/Station/Ambulanz: Tel. für etwaige Rückfragen:	Anamnese / Diagnose / Fragestellung:
---	--------------------------------------

### IMMUNSTATUS – ABKLÄRUNG

<input type="checkbox"/> <b>Immunstatus I:</b> Basis-Untersuchung Lymphozyten und Antikörper <i>(4 ml frisches EDTA Blut + 2 ml Serum)</i> <i>(Lymphozytenanalyse: Subpopulation und Aktivierung, Immunglobulin G, M, A, D, E quantitativ)</i>
<input type="checkbox"/> <b>Immunstatus II:</b> erweiterte Untersuchung der Antikörper und B-Zellen <i>(Immunglobulin Subklassen, Impfantikörper (Haemophilus Influenzae B AK (IgG), Pneumokokken Kapselpolysaccharid AK (IgG), Tetanus Toxoid AK (IgG), Diphtherie Toxoid AK (IgG)), B-Lymphozyten-Analyse) (4 ml frisches EDTA Blut + 4 ml Serum)</i>
<input type="checkbox"/> <b>Immunstatus III:</b> erweiterte Untersuchung der Lymphozyten <i>(erweiterte T-Lymphozyten-Analyse: RTE, Memorymarker, B-Zell Panel) (4 ml frisches EDTA Blut)</i>

### ZELL – ANALYSEN

<p><b>Zelluläre Einzelanalysen bei Immundefekten</b></p> <p><u>Markerprofile von Abwehrzellen (4 ml EDTA Blut)</u></p> <input type="checkbox"/> Lymphozyten-Analyse: Subpopulationen, Screening, Diff. BB <input type="checkbox"/> Lymphozyten-Analyse: Subpopulationen, Aktivierungsmarker <input type="checkbox"/> erweiterte T Lymphozyten-Analyse: <input type="checkbox"/> Doppelt negative T-Zellen (TCR α/β+ CD4- CD8- ) <input type="checkbox"/> erweiterte B Lymphozyten-Analyse: Memorymarker <input type="checkbox"/> Monozyten-Granulozyten-Analyse <input type="checkbox"/> Granulozyten-Analyse: Verdacht LAD <p><u>Funktionstestung von Abwehrzellen (10 ml frisches Heparin Blut)</u></p> <input type="checkbox"/> Funktionelle Lymphozyten-Analyse (*) <input type="checkbox"/> Funktionelle Lymphozyten-Analyse (*) SARS-CoV-2 <i>(Privatleistung)</i> <input type="checkbox"/> ADA Aktivitätsbestimmung (*) <input type="checkbox"/> CVID Abklärung: ICOS Expression T-Blasten (*) <p><b>Nur DI und DO nach tel. Rücksprache 40160-33222:</b></p> <input type="checkbox"/> Granulozyten Funktionstestung <i>(10ml frisches Heparinblut)</i> <input type="checkbox"/> Monozyten Funktionstestung <i>(10ml frisches Heparinblut)</i>	<p><b>Nur MO bis MI:</b> <i>10ml frisches Heparinblut</i></p> <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 spezifische T-Zellen im Vollblut (*) <i>(Privatleistung)</i> <i>(Achtung: nur in Kombination mit Lymphozyten-Analyse: Subpopulationen, Screening, Diff. BB)</i> <p><b>Leukämie/Lymphomzell Typisierung</b></p> <input type="checkbox"/> Verdacht Akute Leukämie ○ AML ○ ALL ○ T-ALL ○ B-ALL <input type="checkbox"/> Verdacht CML <input type="checkbox"/> Verdacht CML-Blastenkrise <input type="checkbox"/> Myelodysplastisches Syndrom <input type="checkbox"/> Verdacht chron.lymphat.Leukämie/Lymphom <input type="checkbox"/> Verdacht Sezary Syndrom/CTL <input type="checkbox"/> Verdacht Haarzell Leukämie <input type="checkbox"/> Multiples Myelom/Plasmozytom <input type="checkbox"/> Verdacht PNH <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle bei: _____ <p><b>HLA-Typisierung</b> (4 ml EDTA Blut)          ○ HLA-B27 (Mb.Bechterew, reaktive Arthritis) (*)</p>
--	---

**Untersuchungsmaterial (bitte unbedingt angeben):**

<input type="checkbox"/> Blut	<input type="checkbox"/> Knochenmark	<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte spezifizieren): _____
-------------------------------	--------------------------------------	---

Empfänger Name: _____ (bitte leserlich) Die Richtlinien der DSGVO werden eingehalten.  Fax Nr.: _____	STAMPIGLIE DES ARZTES/KRANKENHAUSES   Datum _____ Unterschrift _____
---	--

\*Befunde fertig nach 1 Tag, mit (\*) gekennzeichnete Untersuchungen spätestens nach 4 Wochen  
 Benötigtes Untersuchungsmaterial: frisches EDTA Blut, Heparin Knochenmark bzw. wie angeführt