

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Begleitformular für Urinproben Molekularcytogenetische Diagnostik (UroVysion®)

Datum/Uhrzeit der Materialentnahme: _____

- Erstdiagnose
 Verlaufskontrolle
 Rezidiv

Verdacht/Diagnose: _____

klinische Angaben: _____

Einsendender Arzt/Klinik:

ggf. Name betreuender Arzt:

Tel: _____ Fax: _____

Probenmaterial: 20 ml Harnblasenspülflüssigkeit oder 80 ml Spontanurin in Konservierungsflüssigkeit.
 (Probengefäße mit Konservierungsflüssigkeit senden wir Ihnen gern zu)

Hinweise zur Gewinnung von Spontanurin:

- Zur Erhöhung der Zellzahl im Urin sollte der Patient/die Patientin sich vor der Entleerung der Blase ausreichend körperlich bewegen (Spaziergang, Treppensteigen etc.).
- Danach sollte der Patient/die Patientin den Mittelstrahlurin in eines der bereitgestellten Probengefäße mit der Konservierungsflüssigkeit entleeren.
- Das Probenmaterial sollte möglichst innerhalb von 24 Stunden in unserem Labor eintreffen und ggf. im Kühlschrank gelagert werden.

Zur Anforderung von Probengefäßen und zur Abholung der Urinproben im Raum Hamburg benachrichtigen Sie bitte unseren Fahrdienst unter der Rufnummer (040) 30955-140