

Stempelbereich (Freigabestempel, Eingangsstempel)

Zuweisende Stelle (bitte **Stempel**, alternativ Druckschrift)

Name/Klinik:
Abteilung:
Ort:
Telefon:

Kostenträger:

Zuweisende Stelle Patient*in / Sonstiges (Kostenübernahmeerklärung)

Zuweisende Ärzt*in

Name:
Telefon:
E-Mail:

Angaben zur Patient*in (bitte **Etikett**, alternativ Druckschrift)

Nachname:
Vorname:
Biologisches Geschlecht: W M SVNR/Geburtsdatum: SVNR / tt mm jjjj
Studie: Studiennr.:
EUPID:

Diagnose

Material

Abnahmedatum: tt mm jjjj
Abnahmezeit: hh : mm

Klinischer Status

Datum der Transplantation
tt mm jjjj

Erstdiagnose Verlauf
 Remission Rezidiv

Stammzell-
 Spenderin (W)
 Spender (M)

Bei **TYPISIERUNG** bitte diesen Teil ausfüllen

Material von Patient*in

vor der 1. 2. 3. Knochenmarktransplantation

PB - EDTA Nägel KM - EDTA Mundschleimhaut

Material von Spender*in (bitte Etikett, alternativ Druckschrift)

1. 2. 3. Spender*in

Biologisches Geschlecht: W M
Nummer vom Fremdspender*in:

PB - EDTA Nägel KM - EDTA Mundschleimhaut

Bei **VERLAUF** bitte diesen Teil ausfüllen

Analyse aus:

PB - EDTA
 KM - EDTA
 FACS-SORTIERTE ZELLEN AUS PB
 FACS-SORTIERTE ZELLEN AUS KM

Anmerkungen

.....
.....
.....
.....
.....