

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: .....

**Material**

PB  KM  anderes: .....

Abnahmedatum: tt mm jjjj Abnahmezeit: hh : mm

**Klinischer Status**

Erstdiagnose  Verlauf  Rezidiv/Progression

Therapie: .....

**Untersuchungsmethoden**

**PCR/RQ-PCR (quantitativ)**

major BCR-ABL1 Rearrangement  minor BCR-ABL1 Rearrangement  
 atypische BCR-ABL1 Varianten

PB/KM - EDTA (10 ml)

**Zytogenetik**

Chromosomenanalyse

KM - Heparin (2-5 ml)

**FISH (an Interphasekernen)**

BCR-ABL1-Sonde

KM/PB - EDTA/Heparin (1-2 ml)

**Mutationsanalyse**

Screening (gesamte ABL1-TK-Domäne)

PB - EDTA (10 ml)

**Medikamenten-Spiegelbestimmung (HPLC)**

Bei gewünschter Medikamenten-Spiegelbestimmung (HPLC) folgende Felder bitte **UNBEDINGT AUSFÜLLEN**

Imatinib  Nilotinib

Dosierung: \_\_\_\_\_ mg  1x/d  2x/d

Letzte Medikamenteneinnahme: Datum: tt mm jjjj Uhrzeit: hh : mm

Zeitpunkt Blutabnahme: Datum: tt mm jjjj Uhrzeit: hh : mm

PB - EDTA (10 ml)

**Anmerkungen**