

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 jjj

Studie: Studiennr.:

EUPID:

Verdachtsdiagnose

- ALL NHL AML andere:
- B
 - T
 - unbekannt
 - B
 - T
 - unbekannt

Klinischer Status

- Bei Diagnose:** Ersterkrankung Rezidiv
- Im Verlauf:** Ersterkrankung nach Rezidiv nach BLINA nach SCT nach CAR T
- andere:

Material

Abnahmedatum: tt mm jjj Knochenmark (KM) Peripheres Blut (PB) Sonstiges Material:

Abnahmezeit: hh : mm

Gewünschte Untersuchung

- Leukämie- und Lymphomtypisierung bei Diagnose
- ALL-MRD (nur Knochenmark)
- MRD Tag 15 für Protokoll AIEOP-BFM ALL 2017
 - MRD Zusatzzeitpunkt (bitte spezifizieren):
 - MRD Tag 28/35 laut IntReALL SR 2010
- AML-MRD (nur Knochenmark)
- nach Induktion 1
 - nach Induktion 2
 - andere:
- Blastennachweis in PB/KM (Ausschluß-Leukämie)
- andere:

Bitte beachten Sie die jeweils gültigen gesetzlichen Versandvorschriften per Post für biologisches Material!

Ich bestätige, dass das Fax-Gerät vor unbefugtem Zugriff geschützt ist. (Falls nicht zutreffend, bitte streichen)

Information über unser gesamtes diagnostisches Angebot finden Sie auf unserer Homepage: www.labdia.at