

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:

Verdachtsdiagnose

CML ph+-ALL GIST andere:

Indikation

Therapieansprechen: suboptimal Therapieversagen

Compliance

Toxizität

andere:

FOLGENDE FELDER BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN

Für eine aussagekräftige Interpretation sind diese Angaben notwendig

Material

PB-EDTA (5 - 10 ml) **Abnahmedatum:** .. tt .. mm .. jjjj .. **Abnahmezeit:** .. hh .. : .. mm ..

Klinischer Status

Therapie: Imatinib Nilotinib

Dosierung: mg 1x/d 2x/d andere:

Letzte Med.-Einnahme: Datum: .. tt .. mm .. jjjj .. Uhrzeit: .. hh .. : .. mm ..

Benötigtes Material: 10 ml EDTA-Blut / heparinisieretes Blut

Proben bitte bruchsticher und temperaturngeschützt (optimal 10-25°C) verpacken!

Bitte jedes Röhrchen/Spritze mit Patienten- und Materialinformation kennzeichnen!

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