

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!**