

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: .....

**Material**

PB  KM  anderes: .....  
Abnahmedatum: tt mm jjj Abnahmezeit: hh : mm

**Klinischer Status**

Erstdiagnose  Verlauf  Rezidiv/Progression  
 Therapie: .....

**Untersuchungsmethoden**

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

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

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 jjj Uhrzeit: hh : mm

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

PB - EDTA (10 ml)

**Anmerkungen**