

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 B
 T T
 unbekannt 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
Abnahmezeit: hh : mm
 Knochenmark (KM) Peripheres Blut (PB) Sonstiges Material:

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