

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

Jede Beauftragung erfolgt gemäß AGBs und Probenhandbuch.

Benötigtes Material: 10 ml EDTA-Blut / heparinisiertes Blut

Proben bitte bruchsfest 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!