

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

☐ 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 jjjj ☐ Knochenmark (KM) ☐ Peripheres Blut (PB) ☐ Sonstiges Material:
Abnahmezeit: hh : mm

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:

Jede Beauftragung erfolgt gemäß AGBs und Probenhandbuch.

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

Information über unser gesamtes diagnostisches Angebot finden Sie auf unserer Homepage: www.labdia.at