

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:

Diagnose

Material

Abnahmedatum: tt mm jjjj

Abnahmezeit: hh : mm

Klinischer Status

Datum der Transplantation

tt mm jjjj

☐ Erstdiagnose ☐ Verlauf

☐ Remission ☐ Rezidiv

☐ Stamzell-
☐ Spenderin (W)
☐ Spender (M)

Bei **VERLAUF** bitte diesen Teil ausfüllen

☐ **Material von Patient*in**

Analyse aus:

- ☐ PB - EDTA unsortiert
☐ KM - EDTA unsortiert
☐ FACS-SORTIERTE ZELLEN AUS PB
☐ FACS-SORTIERTE ZELLEN AUS KM
☐

Jede Beauftragung erfolgt gemäß AGBs und Probenhandbuch.

VOR **KMT** bitte diesen Teil ausfüllen

☐ **Material von Patient*in**

vor der ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. Knochenmarktransplantation

☐ PB - EDTA ☐ Nägel ☐ KM - EDTA ☐ Mundschleimhaut
☐

☐ **Material von Spender*in** (bitte Etikett, alternativ Druckschrift)

☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. Knochenmarktransplantation

Biologisches Geschlecht: ☐ W ☐ M

Nummer vom Fremdspender*in:

☐ PB - EDTA ☐ Nägel ☐ KM - EDTA ☐ Mundschleimhaut
☐

Anmerkungen