

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:

Zuweisungsgrund

Untersuchung

☐ **MRD bei AIEOP-BFM 2017**

- | | |
|---|--|
| ☐ Bei Diagnose
Datum: | ☐ MRD TP HR1 (nach HR1)
Datum: |
| ☐ Protokolltag 15
Datum: | ☐ MRD TP HR2 (nach HR2)
Datum: |
| ☐ MRD TP 1 (Protokolltag 33)
Datum: | ☐ MRD TP HR3 (nach HR3)
Datum: |
| ☐ MRD TP 1a/b (Tag 64/57)
Datum: | ☐ MRD TP HR BLINA1 D15
Datum: |
| ☐ MRD TP 2 (Tag 78/92)
Datum: | ☐ MRD TP HR BLINA1 D29
Datum: |
| ☐ MRD TP 3 (vor Protokoll II)
Datum: | ☐ MRD TP HR BLINA2 D29
Datum: |
| ☐ MRD TP MR BLINA d1
Datum: | ☐ MRD TP D/F (Dauno-FLA)
Datum: |
| ☐ MRD TP MR BLINA d29
Datum: | ☐ vor Protokoll III
Datum: |
| ☐ MRD TP MR contr1 (vor DT)
Datum: | ☐ 1 Jahr nach Diagnose (HR)
Datum: |
| ☐ MRD TP MR contr2 (4. Woche DT)
Datum: | ☐ Therapieende (HR)
Datum: |

☐ **MRD bei Interfant**

- ☐ Bei Diagnose
Datum:
- ☐ Protokolltag 15 (TP 1)
Datum:
- ☐ Protokolltag 33 (TP 2)
Datum:
- ☐ vor MAE (TP 3)
Datum:
- ☐ vor MARMA (TP 4)
Datum:
- ☐ vor OCTADA(D) (TP 5)
Datum:
- ☐ vor Dauertherapie (TP 6)
Datum:
- ☐ während Dauertherapie (TP 6b)
Datum:
- ☐ Therapieende (TP 7)
Datum:

☐ **MRD bei SCT**

- ☐ vor SCT
Datum:
- ☐ SCT Tag 28
Datum:
- ☐ SCT Tag 60
Datum:
- ☐ SCT Tag 100
Datum:
- ☐ SCT Tag 180
Datum:
- ☐ SCT Tag 270
Datum:
- ☐ SCT Tag 360
Datum:

Jede Beauftragung erfolgt gemäß AGBs und Probenhandbuch.

Zusätzliche MRD Bestimmung

Material: ☐ PB ☐ KM

Protokollzeitpunkt: Datum:

Dringlichkeit

- ☐ **Standard** (innerhalb 1-2 Wochen)
- ☐ **MRD Untersuchung mit nächstem Sample**
- ☐ **ASAP** (innerhalb 5 Werktagen)