

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

ALL-REZ BFM

- Bei Diagnose
Datum:
- vor F2
Datum:
- vor II-IDA
Datum:
- vor II-IDA Tag 29
Datum:
- vor 1. R1
Datum:
- vor 1. R2
Datum:
- vor 2. R1
Datum:
- vor 2. R2
Datum:
- vor 3. R1
Datum:
- vor Dauertherapie
Datum:

zusätzliche KMP
vor:
Datum:

Dringlichkeit

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

Jede Beauftragung erfolgt gemäß AGBs und Probenhandbuch.

IntReALL SR

- Bei Diagnose
Datum:
- vor SIA/SIB (d15)
Datum:
- vor SCA1/SCB1
Datum:
- vor SCA2/SCB2
Datum:
- vor SCA3/SCB3/SCA7
Datum:
- vor SCA4/SCA6
Datum:
- vor SCB3
Datum:
- vor SCB4
Datum:
- vor SMA/SMB
Datum:

zusätzliche KMP
vor:
Datum:

IntReALL HR

- Bei Diagnose
Datum:
- vor HC1
Datum:
- vor HC2
Datum:
- vor HC3
Datum:

zusätzliche KMP
vor:
Datum:

MRD online Rezidiv

- vor FLAMSA
Datum:
- vor DNX-FLA
Datum:
- vor BLINATUMOMAB
Datum:

zusätzliche KMP
vor:
Datum:

MRD online bei SCT (ALL-SCTped2012)

- 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:

zusätzliche KMP
vor:
Datum: