

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

Der Akkreditierungsumfang ist auf der Website unter <https://www.labdia.at/uber-uns/qualitatsmanagement/> ersichtlich.

☐ **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: