



Einsender

Chimärismusanalyse

Dr. med. P. Schauwecker und Kollegen
Helmholtzstraße 10
89081 Ulm
Tel. 0731 / 150 - 625
Fax 0731 / 150 - 545



Akkreditiert nach DIN EN ISO 15189

Patient/in

Kostenträger

- GOÄ-Rechnung an Einsender / Klinik
Selbstzahler, stationär (GOÄ-Rechnung an Patienten)

Diagnose ..... Geschlecht ♂ / ♀

Klinische Angaben .....

Granulozytengabe ..... SLT-Gabe .....

Infektiös [ ] ja [ ] nein Dringende Indikation [ ] ja [ ] nein

Transplantationsdatum ..... Spender-Name / ID-Nr. .... ♂ / ♀

Probenabnahme ..... Datum ..... Uhrzeit ..... Arzt - Name / Stempel / Unterschrift

Table with 4 columns: Transplantation, and rows for PBSCT, KMT, CBT, HLA-ident, HLA-different, Verwandt, Fremd, Retransplantation.

Table with 4 columns: Indikation, and rows for Erstuntersuchung, Verlaufskontrolle, V.a. Abstoßung, V.a. Rezidiv, V.a. GvHD, Z.n. SLT am, Sonst.

Table with 4 columns: Material, and rows for Peripheres Blut, Knochenmark, Sonst.

Table with 4 columns: Subpopulationen, and rows for Unsepariert, Granulozyten, Lymphozyten, Sonst.

Untersuchungsmaterial: E = EDTA
... Bei +2°C bis +8°C lagern
\* Bei Erstuntersuchung Vergleichsmaterial vom Spender erforderlich

Material 10 ml EDTA-Blut oder 5 ml EDTA-Knochenmark
Probenannahme Montag bis Donnerstag bis 12:00 Uhr oder nach telefonischer Anmeldung

Probeneingang ..... Datum ..... Uhrzeit ..... Unterschrift / Bestätigung Probeneingang

Freiraum für Etiketten / Zusatzinformation