

**Einsender**

MVZ DRK-Blutspendedienst Ulm  
Ärztl. Leiter: Dr. med. P. Schauwecker

**Patient/in**



**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

**Kostenträger**

- GKV-Patient/in, ambulant ► **bitte ausgefüllten Ü-Schein (Nr. 10) beilegen**  
**Bitte beachten:** \* Untersuchung zu Lasten GKV max. 3 x im Quartal  
 \* Überweisung nur möglich durch FÄ für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder FÄ für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie sowie durch FÄ mit Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte)
- Selbstzahler, ambulant (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 .....

Transplantation	Indikation	Material	Subpopulationen
<input type="checkbox"/> PBSCT	<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung	<input type="checkbox"/> Peripheres Blut E ...	<input type="checkbox"/> Unsepariert
<input type="checkbox"/> KMT	<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle	<input type="checkbox"/> Knochenmark E ...	<input type="checkbox"/> Granulozyten
<input type="checkbox"/> CBT	<input type="checkbox"/> V.a. Abstoßung	<input type="checkbox"/> Sonst. ....	<input type="checkbox"/> Lymphozyten
<input type="checkbox"/> HLA-ident	<input type="checkbox"/> V.a. Rezidiv		<input type="checkbox"/> Sonst. ....
<input type="checkbox"/> HLA-different	<input type="checkbox"/> V.a. GvHD		
<input type="checkbox"/> Verwandt	<input type="checkbox"/> Z.n. SLT am .....		
<input type="checkbox"/> Fremd	<input type="checkbox"/> Sonst. ....		
<input type="checkbox"/> Retransplantation			

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