

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	Auftragsnummer MVZ
--	-------------------------------