



Anforderungsschein Chimärismus/STR-Analyse (Molekulare Diagnostik)

Patientendaten (ggf. Aufkleber)		Bitte senden an		Vom Labor auszufüllen		
Name Vorname ☐ männlich ☐ weiblich Geburtsdatum (Genetisches Geschlecht) Straße PLZ/Ort		MVZ DRK-Blutspendedienst Ulm Ärztl. Leiter Dr. P. Schauwecker Abt. Molekulare Diagnostik, Molekulare Therapie und Experimentelle Transplantation Helmholtzstraße 10 89081 Ulm Tel. 0731/150-599 Fax: 0731/150-645 Email: molekulare-diagnostik@blutspende.de Internet: https://www.blutspende.de/medizinische-fachkreise/unsere-standorte/institut-fuer-klinische-transfusionsmedizin-und-immunogenetik-ulm-ikt/molekulare-diagnostik		Probeneingang: Abrechnung:		
Kostenträger (Angabe obligat):						
☐ GKV-Patient/in, ambulant → bitte ausgefüllten Ü-Schein (Nr. 10) beilegen ☐ Selbstzahler, ambulant (GOÄ-Rechnung an Patienten) ☐ EBM § 116 b ☐ Ausland E112						
Hinweise und Angaben zum Untersuchungsmaterial						
Empfänger nach Transplantation (Verlaufsprobe): - mind. 2 ml EDTA-Blut oder - sortierte Blut-Zellen als Pellets oder in Zellkultur-Medium (Zellpopulationen) Vergleichsproben von Empfänger vor Transplantation und Spender (einmalig bei der Erstanalyse erforderlich): - mind. 2 ml EDTA-Blut oder 3 Mundschleimhautabstriche oder - nach Rücksprache: 5 Haare mit Wurzeln oder 1-2 Fingernägel Hinweise zu Probenmaterial, Entnahme, Lagerung, Transport etc. entnehmen Sie bitte unserem Laborleistungsverzeichnis: https://www.blutspende.de/medizinische-fachkreise/service-downloads → Leistungsverzeichnisse → Laborleistungsverzeichnis MVZ Ulm Bitte beachten Sie: Proben, die nicht eindeutig zugeordnet werden können, müssen verworfen und neu angefordert werden.						
(Verdachts-) Diagnose:						
☐ Verlaufskontrolle						
Datum der HSCT:		Optional: Angaben zu Zellpopulationen [in %]: z.B. T-Zellen 98,2 % CD3+				
Materialart:	Entnahmedatum:					
Menge:	Probenentnahme durch:					
☐ Erstanalyse (nur im Falle einer Erstuntersuchung auszufüllen)						
Spender		Empfänger vor Transplantation				
Materialart:	Entnahmedatum:	Materialart:	Entnahmedatum:			
Menge:	Probenentnahme durch:	Menge:	Probenentnahme durch:			
Probenkennzeichnung & ggf. Spendernummer:		Probenkennzeichnung:				
Optionale Angaben						
Probe(n) infektiös? ☐ ja, _____ ☐ nein		Dringende Indikation: ☐ ja ☐ nein		Zusatzinformationen:		
Einsender						
Die Aufklärung/Einwilligung des o. g. Patienten/gesetzl. Vertreters zur Blut-/Gewebe-Entnahme und zur molekulargenetischen Untersuchung liegt mir vor bzw. liegt in Kopie bei.						
Name der anfordernden ärztlichen Person (obligat, bitte Druckschrift)		Stempel und Unterschrift der gemäß GenDG verantwortlichen ärztlichen Person				
Datum						