

<b>MRD-Nr:</b> ..... .....
----------------------------------

Institut für Humangenetik  
 MRD-Labor, Dr. Köhler  
 Im Neuenheimer Feld 366, 4.OG, Raum 426  
 D-69120 Heidelberg

**MRD- Labor:**  
 Dr. phil. nat. R. Köhler  
 Tel.: 06221-56 5159 (Büro)  
 Tel.: 06221-56 5157 (Labor)  
 Email: rolf\_koehler@med.uni-heidelberg.de

### Anforderungsschein für MRD-Diagnostik

<b>Anbei Material von:</b> (Patientenaufkleber)  Name/Vorname:.....  Geburtsdatum:.....  Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m  Adresse: ..... .....	<b>Einsender:</b> Klinik / Station / Ambulanz / Arzt (Stempel)  Klinik: .....  Station: .....  Ambulanz: .....  Arzt ( <i>Druckschrift</i> ):.....  Tel.: ..... Fax: .....
---	--

**Kostenübernahme:**    **Stationär**    **Ambulant (nur bei Verlaufskontrolle + Überweisungsschein!)**

Klinik     Privat   
  Kasse     Privat     Selbstzahler

<b>Klinische Angaben</b>  <b>Diagnose:</b> ..... <b>Therapie-Studie:</b> ..... <b>Blut/KM:</b> <i>Leukozyten</i> ...../µl <b>Studiennummer:</b> .....  <input type="checkbox"/> Erstdiagnose <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle <input type="checkbox"/> Rezidiv Datum: .....    Datum:.....  <input type="checkbox"/> nach KMT <b>Bemerkungen:</b> ..... Datum: .....    .....	<u><b>wird v. MRD-Labor ausgefüllt</b></u>  Eingangsdatum: ..... <input type="checkbox"/> KM <input type="checkbox"/> pB Bemerkung: ..... ..... .....
--	---

<b>Anforderung / Material:</b>	<u><b>MRD-Diagnostik</b></u>	
<input type="checkbox"/> <b>Initiale Markeridentifizierung und Sensitivitätstestung</b> Versand ungekühlt per Express ans MRD-Labor	<input type="checkbox"/> Knochenmark-Aspirat (10 ml, EDTA) <b>und</b> <input type="checkbox"/> Peripheres Blut (10 ml, EDTA)	<b>Abnahmedatum</b> :..... :.....
<input type="checkbox"/> <b>MRD-Verlaufskontrolle</b> Versand ungekühlt per Express ans MRD-Labor	<input type="checkbox"/> Knochenmark-Aspirat (10 ml, EDTA) <input type="checkbox"/> Peripheres Blut (10 ml, EDTA) ( <i>nur bei T-ALL möglich</i> ):..... <input type="checkbox"/> DNA (a. Knochenmarksaspirat $\geq 10\mu\text{g}$ )	<b>Abnahmedatum</b> :..... :.....
<b>Beachte:</b> Die Probenannahme ist v. <b>Mo-Do.</b> jeweils zw. <b>7:30- 18:00 Uhr (Fr 7:30 – 15:00)</b> gewährleistet!		

Tel.-Nr. (Rückfragen):  .....	Name und Unterschrift Arzt / Ärztin:  ..... Hiermit bestätige ich, dass der/die Patient(in) mit der Untersuchung einverstanden ist.
-------------------------------------	--