

Anforderung zur Chimärismusanalyse (Molekulargenetik/FISH)

Patient:

Name

Geschlecht w m

Vorname

MHH intern: bitte großen
Patientenaufkleber verwenden

Geburtsdatum

mit Überweisung Selbstzahler/Privat

stationär ambulant

Material:

Abnahmedatum: _____

- | | |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EDTA-Blut | <input type="checkbox"/> CD4+ fraktionierte Zellen |
| <input type="checkbox"/> Knochenmarkpunktat | <input type="checkbox"/> CD8+ fraktionierte Zellen |
| <input type="checkbox"/> Wangenschleimhautabstrich | <input type="checkbox"/> anderes |

Material nach KMT / PBSCT

- Empfänger nach KMT /PBSCT

bei 1. Probe nach KMT

Datum der KMT: _____

KD- oder KF-Nr.: _____

Name Spender: _____

wenn keine KD- oder KF-Nr. vorhanden, bitte
Wangenschleimhautabstrich des Empfängers einsenden

Material vor KMT / PBSCT

- Empfänger vor KMT /PBSCT

Spender: Name / ggf. Spender-Nr.:

Vorname:

Geburtsdatum:

- Spender vor KMT /PBSCT

für Empfänger:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Einsendender Arzt (Stempel)

Name

Anschrift

Telefon / Fax

Datum, Unterschrift

Ansprechpartner im Institut

Molekulargenetik

OÄ PD Dr. med. Gudrun Göhring: Tel Nr.: 05111 532-4517

Fax 0511 532 4519

Molekularzytogenetik (FISH)

Dr. rer. nat. Kathrin Thomay

Tel Nr.: 0511 532 4525