

Name, Vorname des Versicherten					
Adresse			geb. am		
Kassennr.	Versichertenr.		Status		
Vertragsarztnr.	VK gültig bis		Datum		

Arztstempel und Unterschrift

## Untersuchungsantrag der EWOG-MDS- und SAA-Studie

<b>Institut für Humangenetik</b> Direktorin Prof.in Dr. med. Brigitte Schlegelberger Fachärztin für Humangenetik	Carl-Neuberg-Str. 1 30625 Hannover <a href="http://www.mh-hannover.de/humangenetik.html">www.mh-hannover.de/humangenetik.html</a>
--	---



Diagnose \_\_\_\_\_

Verdacht auf  gesichert

Erstdiagnose, Datum: \_\_\_\_\_

Transplantation:  ja  nein  
 geschlechtsdifferent:  ja  nein

Material: **Bitte grundsätzlich Li-Heparin -Material einsenden!**

Knochenmark

- 5-8 ml Li-Heparin-Knochenmark

peripheres Blut

- 5 ml peripheres Li-Heparinblut

spezielle Anforderungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum zuständiger Arzt/Unterschrift Tel.-Nr. für Rückfragen

Zytogenetik 0511-532-4516  
 Prof.in Dr. Gudrun Göhring 0511-532-4517