



Anforderung für immungenetische Untersuchung: Chimärismusanalyse bei Stammzelltransplantation

Indexpatient

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w

Anschrift _____

wenn möglich Etikett verwenden

Auftraggeber / Einsender / Stempel

Anfordernder Arzt

Unterschrift

Weitere Angaben

Diagnose _____

allogene SCT autologe SCT Transfusion

Kostenträger (unbedingt angeben)

GKV (gesetzl. versichert)

PKV (privat versichert)

→ bitte zus. angeben

ambulant stationär

Extern _____

Selbstzahler

Untersuchungsmaterial

Vollblut

EDTA Citrat CPDA

Leukozytenzahl < 1.500/µl (tel. Rücksprache erforderlich!)

Knochenmark

Sonstiges _____

Abnahme

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

--	--	--	--

Uhrzeit

Abnahme

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

--	--	--	--

Uhrzeit

Chimärismusanalyse

Erstuntersuchung vor SCT (Genotypisierung zur Bestimmung informative Merkmale)

Patient / Empfänger Spender

Folgeuntersuchung nach SCT vom

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

reguläre Verlaufskontrolle

Verdacht auf Rezidiv (ggf. als Notfall anfordern!)

Angaben zum Spender

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w

Verw.verhältnis _____

wenn möglich Etikett verwenden

Minimal benötigte Untersuchungsmaterialien

Untersuchung	Vollblut ¹ (Empfänger)	Vollblut ¹ (Spender)
Erstuntersuchung	5 - 10 ml	5 - 10 ml
Folgeuntersuchung	2,5 ml	-

¹antikoaguliert (EDTA, Citrat, CPDA), Leukozytenzahl > 1.500/µl

Wichtige Hinweise:

Bitte begleitende Anforderungshinweise / Checkliste beachten.

Laborinterne Dokumentation:

Materialeingang: _____ Auftragsetikett/MA-Kürzel: _____

Kenn-Nr: 22153

Freigabedatum: 21.09.2023

Versionsnummer 001